9

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE

DE MÉDECINE OPÉRATOIRE.



THÈSE

SUR LA QUESTION SUIVANTE:

DES OPÉRATIONS QUE NÉCESSITENT LES FISTULES VAGINALES;

Présentée et soutenue le *février* 1841,

PAR **L.-M. MICHON,**

Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'hôpital Cochin, et du collége Louis-le-Grand, Membre de la Société anatomique.

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1841

0 1 2 3 4 5 (cm)

COMPOSITION DU JURY.

Membres de la Faculté de Médecine.

MM. MARJOLIN, Président.
ANDRAL.
BRESCHET.
CRUVEILHIER.
GERDY.
MOREAU.
RICHARD.
VELPEAU.

CHOMEL, Suppléant.

Membres de l'Académie royale de Médecine.

MM. AMUSSAT.
GIMELLE.
LAGNEAU.

BÉGIN, Secrétaire.
VILLENEUVE, Suppléant.

COMPÉTITEURS.

MM. A. Bérard.
Blandin.
P. Boyer.
Chassaignac.
Huguier.
Laugier.
Lenoir.

MM. Malgaigne.
Michon.
Robert.
Sanson (Alph.).
Sédillot.
Thierry.
Vidal.

CONCOURS

POUR LA CHAIRE

D'OPÉRATIONS ET APPAREILS.

QUESTION.

Des opérations que nécessitent les fistules vaginales.

EXPOSITION ANATOMIQUE POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES FISTULES VAGINALES ET DES OPÉRATIONS QU'ELLES NÉCESSITENT.

La connaissance exacte des organes contenus dans l'excavation du bassin est indispensable pour bien comprendre tout ce qui va m'occuper dans le cours de ce travail; ces organes sont surtout la vessie, l'urèthre, le vagin, l'utérus et le rectum. Mon intention n'est pas d'entrer ici dans tous les détails que comporterait la description de ces organes; je veux seulement appeler l'attention sur ceux de ces détails qui doivent trouver une application directe dans

l'étude des opérations nécessitées par les fistules vésico-vaginales.

1° *Vessie.* — La vessie, destinée à servir de réservoir à l'urine, de forme conique avant l'accouchement, est plus aplatie d'avant en arrière, et plus élargie dans le sens transversal chez les femmes qui ont eu des enfants, ce qui lui donne presque une forme triangulaire.

Sa surface extérieure est divisée, par tous les anatomistes, en six régions. La première et les deux latérales n'offrent rien de bien particulier pour mon sujet : il n'en est pas de même des régions antérieure, postérieure, et inférieure.

1° La région antérieure de la vessie non tapissée par le péritoine est en rapport, dans l'état de vacuité, avec la face postérieure de la symphyse et du ligament pubien inférieur ; dans l'état de plénitude, elle monte derrière la paroi abdominale, elle est unie au pubis de chaque côté de la ligne médiane par deux replis ligamenteux, dépendance de l'aponévrose pelvienne supérieure, désignés sous le nom de *ligaments antérieurs de la vessie*, beaucoup moins marqués et beaucoup plus faibles que chez l'homme. De la partie inférieure on voit naître l'urèthre ; cette origine, connue sous la dénomination de *col de la vessie,* se fait beaucoup plus bas que chez l'homme ; on pourrait même dire que le canal naît ici plutôt de la région inférieure que de la région antérieure, circonstance importante sur laquelle les anatomistes n'insistent

peut-être pas assez, et dont nous allons bientôt tirer quelques conséquences pour l'histoire des fistules vésico-vaginales.

2° La région postérieure de la vessie est tapissée par le péritoine ; elle est limitée et séparée de la région inférieure par le point où cette membrane séreuse se réfléchit sur la face antérieure de l'utérus, en rapport d'ailleurs avec cette dernière partie par l'intermédiaire de deux feuillets séreux, comme il est facile de le concevoir.

3° La région inférieure est, sans contredit, la plus importante; elle porte aussi le nom de *bas-fond de la vessie.* On doit la supposer limitée supérieurement par une ligne circulaire passant par le col de la vessie, et par la partie inférieure du col du sac que forme le péritoine au moment où il se porte sur la face antérieure de la matrice: le diamètre antéro-postérieur de cette ligne demi-circulaire serait dirigé de haut en bas, et d'arrière en avant.

Ainsi limitée, cette région est en rapport immédiat, en arrière, avec la partie antérieure de la face inférieure de l'utérus, au-dessous du cul-de-sac péritonéal; en avant, avec le vagin, qu'elle déborde plus ou moins, suivant l'état de vacuité ou de réplétion de la vessie, et suivant les dimensions variables du vagin : sur les parties latérales, ces rapports se font au moyen d'un tissu cellulo-fibreux très-dense qui réunit intimement la vessie et la matrice en arrière, la vessie et le vagin en avant; en sorte que, pour opérer la séparation, il ne suffit plus d'un manche de scalpel,

il faut, au contraire, se servir d'un instrument bien tranchant. C'est surtout au-dessous du col de la vessie que ce tissu cellulo-fibreux est plus dense et plus marqué; il se présente là sous forme de véritable ligament, lorsqu'on cherche à écarter l'un de l'autre les deux organes.

Il résulte de la position de l'origine de l'urèthre que le bas-fond de la vessie ne forme pas, au-dessous du col, une saillie aussi considérable que chez l'homme; c'est à peine si la partie qui correspond au col est placée sur un plan plus élevé que la partie inférieure de ce bas-fond; car peut-être n'y a-t-il pas, sous le point de vue de la facilité avec laquelle s'échappe l'urine, une aussi grande différence qu'on pourrait le croire entre les fistules vésico-vaginales du bas-fond et celles du col de la vessie. Il m'a semblé, par plusieurs préparations, qu'il n'y avait pas au-dessous du col de saillie assez sensible pour que l'urine puisse s'accumuler, dans le cas où une fistule aurait son siége en ce dernier endroit.

Sur les parties latérales du bas-fond, on voit ramper l'uretère, qui vient ensuite passer entre les membranes musculeuse et muqueuse de la vessie, pour s'ouvrir bientôt dans ce réservoir. La position des uretères paraît servir à diviser le bas-fond en deux parties, l'une postérieure, l'autre antérieure; la première comprendrait la position de la vessie en rapport avec l'utérus et le commencement de la cloison vésico-vaginale; la seconde comprendrait la fin de cette cloison; et si l'on se représente bien la position des ure-

tères et la direction de la vessie, on comprendra que si une fistule vésico-vaginale occupe la partie postérieure, elle donnera plus facilement passage à l'urine dans la position horizontale que dans la position verticale; si, au contraire, comme cela arrive le plus ordinairement, la fistule siége près du col, l'urine devra s'échapper plus facilement dans la position verticale que dans la position horizontale. Cette position de la vessie, par rapport à l'abouchement des uretères, fait très-bien comprendre aussi comment, à la suite de diverses opérations, il peut être nécessaire de faire coucher les malades, tantôt sur le dos, tantôt sur le ventre.

L'examen de la surface interne de la vessie démontre encore que la région inférieure ne forme pas un cul-de-sac considérable au-dessous de l'orifice vésical de l'urèthre, et que celui-ci est placé sur les limites des régions antérieure et inférieure; en un mot, l'angle antérieur du trigone vésical n'est pas sur un plan beaucoup plus élevé que les angles postérieurs.

La structure de la vessie nous intéresse peu; je ferai seulement remarquer que les parois, formées par une couche musculaire à l'extérieur et par une membrane muqueuse à l'intérieur, ont une épaisseur peu considérable; toutefois, cette épaisseur est plus considérable autour de l'insertion de l'urèthre; elle l'est moins en arrière de ce point. Cette différence peut faire pressentir une différence dans les résultats de plusieurs procédés opératoires appliqués au col et

au bas-fond; au col, en effet, la plus grande épaisseur des parties semble devoir être une circonstance favorable.

2° *Urèthre.*—L'urèthre commence, ainsi que nous l'avons vu, au bas de la face antérieure de la vessie, se dirige de là obliquement de haut en bas, et d'arrière en avant, pour s'engager au-dessous de la symphyse, et se terminer bientôt par l'orifice appelé méat urinaire.

Lorsque la vessie remonte au-dessus du pubis, soit par l'accumulation de l'urine, soit par la compression qu'exerce de bas en haut la matrice pendant la grossesse, l'urèthre devient de plus en plus oblique et tend même à devenir vertical.

La longueur de l'urèthre, beaucoup moins considérable que chez l'homme, n'est pas sans intérêt, puisqu'elle pourrait, dans certains cas douteux, servir à faire distinguer une fistule uréthro-vaginale d'une fistule vésico-vaginale. Je l'ai mesuré avec soin sur plusieurs cadavres de divers âges, et j'ai trouvé que sa longueur variait entre 28 et 35 millimètres (12 à 15 lignes); j'en ai trouvé un de 40 millimètres. Cette longueur augmente-t-elle pendant la grossesse? Je ne saurais le dire, parce qu'il ne m'a pas été donné de le mesurer à cette époque; j'ai seulement pu constater qu'il ne restait pas plus long après l'accouchement qu'auparavant; sur deux cadavres de jeunes filles de quinze à seize ans, je l'ai trouvé de

33 et de 34 millimètres : c'est à peu près la longueur que j'ai rencontrée chez les femmes qui avaient eu des enfants. Sur une femme très-avancée en âge, je l'ai trouvé de 22 millimètres et demi : ainsi, à part quelques variétés, la longueur de l'urèthre est de 30 à 32 millimètres (12 à 14 lignes).

En haut et en avant, l'urèthre répond au tissu cellulaire placé au devant de la vessie, puis au bord inférieur du ligament pubien, et aux racines du corps caverneux du clitoris ; l'on conçoit que si l'urèthre se rapproche de la position verticale pendant l'acouchement et la grossesse, il devra répondre directement à la face postérieure du pubis, ce qui contribue à expliquer la possibilité des fistules uréthro-vaginales.

En arrière et en bas, il est en rapport avec la face antérieure du vagin, qui le déborde sur les parties latérales, et qui présente, surtout chez les sujets peu avancés en âge, une sorte de gouttière pour le recevoir : du reste, l'union entre le vagin et l'urèthre, au moyen d'un tissu cellulo-fibreux dense, est encore plus intime que celle du vagin avec la vessie ; on les sépare très-difficilement l'un de l'autre.

Des deux orifices de l'urèthre, l'un vésical, constituant le col de la vessie, dont j'ai suffisamment parlé, est large ; l'autre, vulvaire, est plus étroit ; en sorte que le canal a la forme d'un cône creux dont le sommet serait tourné en avant. Quelques auteurs ont dit qu'au moment où l'urèthre va s'aboucher dans la vessie, il cesse d'être en rapport avec le va-

gin, et en est séparé par un espace triangulaire à base tournée en haut et en arrière. Sur les pièces que j'ai sous les yeux, je ne vois pas manifestement le triangle; l'urèthre correspond au vagin dans toute son étendue, ce qui s'accorde bien, du reste, avec le peu de saillie du bas-fond.

Rien de bien important dans la structure de l'urèthre. Il est formé de deux couches; l'une, muqueuse, intérieure; l'autre extérieure, cellulo-vasculaire, comme érectile; ces deux couches sont superposées, et forment au canal une paroi extensible et d'une épaisseur assez peu considérable.

Parmi les variétés que peut présenter l'urèthre, je signalerai : 1° celle dans laquelle ce canal, beaucoup plus court, au lieu de s'ouvrir au-dessous du vestibule, s'ouvre dans le vagin même, ce qui constitue la fistule uréthro-vaginale congénitale; 2° celle dans laquelle l'urèthre est oblitéré, soit au niveau du méat urinaire seulement, soit dans toute sa longueur. La première espèce d'oblitération peut être congénitale; la seconde espèce peut avoir lieu quand l'urine s'échappe en totalité par une voie anormale : cela constitue une complication importante des fistules vésico-vaginales, dont j'aurai plus tard à m'occuper.

3° *Vagin et utérus.*—Le vagin est un conduit cylindroïde étendu de l'utérus à la vulve, long de huit à dix centimètres, plus ou moins large suivant les sujets, dirigé obliquement de haut en bas, et d'arrière en avant.

Sa surface antérieure, légèrement concave, en rapport, dans la plus grande partie de son étendue, avec la vessie, et formant avec elle la cloison vésico-vaginale, est en rapport, en avant, avec l'urèthre, comme nous l'avons vu.

Sa face postérieure est recouverte un peu par le péritoine en haut et en arrière, puis en contact immédiatement avec le rectum : ce dernier rapport constitue la cloison recto-vaginale. Il a lieu au moyen d'un tissu cellulaire plus lâche que celui qui unit le vagin à la vessie, en sorte qu'il est facile de séparer l'un de l'autre le vagin et le rectum.

Les deux faces latérales sont en rapport avec les muscles releveurs de l'anus et avec les plexus veineux vésicaux et vaginaux.

Tous ces rapports de la surface extérieure du vagin sont de la plus haute importance pour le sujet qui nous occupe; pour les bien voir, il faut les examiner de profil, après avoir enlevé l'un des côtés de la ceinture osseuse du bassin : ils servent à faire comprendre le mode de formation des fistules vésico et recto-vaginales à la suite de l'accouchement, et nous permettent aussi d'expliquer nettement les divers procédés opératoires proposés contre ces fistules.

La surface intérieure du vagin, tapissée par la membrane muqueuse, présente des plis nombreux dirigés, les uns de haut en bas, les autres transversalement. Un grand nombre de ces plis peuvent s'effacer en grande partie par la distension; quelques-uns, au contraire, sont permanents; ils cachent

souvent et rendent difficile à constater une fistule peu considérable. Dans l'état habituel, il y a contact entre la partie antérieure et la partie postérieure de cette surface interne, ce qui permet d'expliquer la possibilité de fermer une fistule vésico-vaginale par un lambeau emprunté à la paroi postérieure du vagin, ainsi que l'ont proposé, dans un de leurs procédés, M. Velpeau et M. Leroy (d'Etiolles).

L'extrémité supérieure du vagin se termine en s'insérant sur le col de l'utérus, et se confondant avec lui.

L'extrémité inférieure se termine à la vulve, où elle offre une ouverture dont les dimensions varient; cette ouverture est plus ou moins complétement fermée, chez les sujets vierges, par la membrane hymen. En général plus grande après l'accouchement, elle peut cependant conserver assez d'étroitesse pour gêner le chirurgien dans la manœuvre des opérations que nécessitent les fistules. A l'entrée du vagin, la membrane muqueuse est pourvue d'un grand nombre de follicules muqueux, dont l'inflammation peut être suivie de petits trajets fistuleux, sur lesquels M. Robert a, dans ces derniers temps, appelé l'attention.

Enfin, l'ouverture du vagin est limitée par les petites lèvres ou nymphes, et plus en dehors par les grandes lèvres, qui, tapissées à leur face externe par la peau, en dedans par la muqueuse, contiennent dans leur épaisseur du tissu cellulaire graisseux, dont l'inflammation assez fréquente cause des abcès des gran-

des lèvres : ces abcès eux-mêmes sont souvent suivis de trajets fistuleux vers la partie inférieure du rectum, et désignés par M. Roux sous le nom de *fistules ano-vulvaires.* Des kystes développés dans ces grandes lèvres peuvent donner lieu à des fistules du même genre.

Il entre dans la structure du vagin une membrane muqueuse et une membrane extérieure cellulo-vasculaire, parcourue par une grande quantité de vaisseaux, regardée comme érectile par beaucoup d'anatomistes, comme dartoïde par d'autres. Ces deux couches sont unies l'une à l'autre par un tissu cellulaire dense et serré, et forment une paroi plus épaisse que celle de la vessie et de l'urèthre.

L'utérus, placé entre la vessie et le rectum, nous intéresse moins que ces organes. Je dois rappeler cependant que tous les auteurs le divisent, à juste raison, en deux parties, le corps et le col. Le corps présente une face antérieure, tapissée seulement, dans une partie de son étendue, par le péritoine, et une face postérieure, tapissée, au contraire, par le péritoine dans toute son étendue; celui-ci descend même un peu sur la paroi postérieure du vagin, avant de se réfléchir sur le rectum, forme dans ce point, par conséquent, un cul-de-sac plus profond qu'à la partie antérieure de la matrice.

Le col, recevant l'insertion de la partie supérieure du vagin, s'avance, dans la cavité de ce dernier organe, dans une étendue de 20 à 25 millimètres, et quelquefois plus chez les femmes qui n'ont point

encore eu d'enfants; après plusieurs accouchements, il s'arrondit, revient sur lui-même par une sorte de retrait, et quelquefois s'efface d'une manière assez sensible pour ne plus faire de saillie dans le vagin. Quand une semblable disposition existe, on conçoit qu'il serait presque impossible d'avoir recours au procédé conseillé par MM. Horner et Leroy (d'Etiolles) qui consiste à obturer la fistule vésico-vaginale par le col de la matrice; n'oublions pas d'ailleurs que l'utérus est habituellement mobile dans l'excavation du bassin, et peut être entraîné en bas et sur les côtés avec facilité, ce qui rend possible l'opération dont nous parlons.

La cavité de l'utérus, plus prononcée chez les femmes qui ont eu des enfants, vient s'ouvrir sur le sommet du col, de sorte que les inflammations primitivement développées dans ce dernier organe peuvent lui être transmises. Cette cavité peut devenir le siége d'une fistule urinaire, par suite du rapport de la région inférieure de la vessie avec une partie de la face antérieure de la matrice.

4° *Rectum* — Terminaison du canal intestinal, le rectum se dirige d'abord de gauche à droite, puis verticalement en bas, dès qu'il a atteint la ligne médiane du sacrum. A partir de ce point, il forme d'abord une première courbe, à concavité tournée en avant; puis, à environ 30 millimètres au-dessus de l'anus, il change de direction pour se porter en arrière, formant alors une courbure à convexité anté-

rieure, c'est-à-dire en sens inverse de la précédente.

En avant, le rectum est en rapport, au-dessous du cul-de-sac utéro-rectal du péritoine, avec le vagin par l'intermédiaire d'un tissu cellulaire lâche, comme je l'ai déjà dit; puis, à sa partie inférieure, il s'en écarte de plus en plus, de manière à former avec lui un triangle dont la base, tournée en bas, est représentée par le périnée. En arrière, il répond au sacrum et au coccyx, sur lesquels il peut être comprimé, ainsi que la paroi postérieure du vagin pendant l'accouchement. Cette compression est une des causes de la fistule recto-vésicale.

Aperçu historique. — Les circonstances capables de produire les fistules vaginales se présentent trop fréquemment, et agissent d'une manière trop constante pour qu'on puisse croire que cette cruelle infirmité n'ait pas existé dès la plus haute antiquité. Rien, cependant, dans les écrits qui nous restent des auteurs anciens, ne prouve qu'ils aient connu ce genre d'affection. On a bien cité quelques phrases d'Hippocrate et d'Arétée, desquelles on a voulu inférer que ces auteurs avaient observé des fistules vaginales urinaires. Mais ces passages, très-obscurs et très-vagues, ne peuvent avoir cette signification que pour des lecteurs bien prévenus.

Les Arabes, qui ont longuement parlé des différentes espèces d'incontinence d'urine, n'ont cependant rien dit qui se rapporte à notre sujet.

Il faut arriver au commencement du XVIIe siècle,

pour rencontrer des faits bien authentiques de fistules établissant une communication entre le vagin et lá vessie; Fabrice de Hilden en a rapporté plusieurs exemples remarquables. Après lui, Félix Plater, Henri Van Heer, Mauriceau, etc., en publièrent plusieurs autres. Ces auteurs constataient bien la nature de la maladie, et signalaient l'extrême difficulté de la guérir; mais ils n'employaient pas de moyens chirurgicaux pour y parvenir. Tout au plus, Henri Van Heer, par exemple, essayait-il, par un moyen assez grossier, d'en pallier les inconvénients, ou Fabrice de Hilden employait-il des injections toniques et excitantes, qu'il assure lui avoir réussi dans un cas.

C'est en Hollande que fut recommandé, pour la première fois, le traitement des fistules vésico-vaginales par des moyens chirurgicaux. H. Van Roonhuyze (*Geneesen heelkonstige anmerkingen B etreffende de Gebrechen der Vrouwen;* Amsterd., 1663) fut le premier qui conseilla une opération. Il veut qu'après avoir introduit un spéculum dans le vagin, on avive les bords calleux de la fistule avec un bistouri, des ciseaux, ou une pince incisive; qu'on les maintienne en contact au moyen de la suture entortillée, et que l'on remplisse ensuite le vagin avec une éponge.

Quelques années plus tard, Christ. Voelter, chirurgien wurtembergeois, pratiqua deux fois sur la même femme l'opération recommandée par Roonhuyze. Les seules modifications qu'il y apporta furent l'introduction d'un cathéter dans l'urèthre, et la substitution de la suture à points séparés à la suture

entortillée. Le succès ne couronna point cette double tentative; mais Voelter a le mérite d'avoir beaucoup mieux étudié cette maladie que ne l'avaient fait ses prédécesseurs, et d'avoir insisté sur une disposition fort importante des parties, la position transversale qu'affectent, en général, les lèvres de la fistule (Ch. Voelter, *Neu eröffnete Hebammenschule;* Stuttg., 1679, in-8°, p. III, cap. 8, p. 306 et suiv.).

Sans se laisser rebuter par cet insuccès, un médecin de Bâle, nommé Fatio (*Helvetisch-vernünftige Wehemutter;* Basil., 1752, p. IV, cap. 11, p. 284), essaya, plus tard, de l'opération de Roonhuyze. La manière dont il exécuta son procédé est fort bizarre. Il plaça sa malade comme pour la lithotomie, fit dilater le vagin au moyen d'un dilatateur, pour rendre visible l'ouverture fistuleuse; puis il enleva circulairement les lèvres calleuses de la fistule: cela fait, il traversa les deux lèvres de la plaie avec une plume bien acérée, au lieu d'aiguille, et la fixa avec un fil double, comme dans le cas de bec de-lièvre; puis il coupa les extrémités proéminentes de la plume, et laissa en place la suture ainsi pratiquée. Il dit que le succès couronna l'emploi de cette suture, et que la maladie disparut pendant quatorze jours. Mais, comme le fait très-bien observer Hirschfeld dans sa dissertation (*De incontinentia urinæ post partum difficilem,* 1759), Fatio ne dit pas qu'il ait revu sa malade après ce temps; il n'indique pas non plus l'époque à laquelle il retira sa suture. Il est difficile de croire qu'après avoir enlevé la plume qui faisait l'office d'aiguille, l'urine n'ait pas continué à

couler par les deux ouvertures qu'elle avait obturées.

Ces tentatives de traitement des fistules vésico-vaginales par la suture étaient trop peu favorables pour engager les chirurgiens à les renouveler. Aussi la méthode tomba-t-elle en désuétude. En 1715, Hilscher (*Diss. de incontinentia urinæ ex partu globulis ligneis curanda*; Ienæ) crut avoir mieux réussi que ses prédécesseurs. Il introduisit dans le vagin un pessaire en bois, revêtu de cire, de la forme de nos pessaires en gimblettes. Ce moyen, qui, en tout cas, ne pouvait être que palliatif, et qui devait même fort mal remplir ce but, obtint l'opprobation de plusieurs célèbres chirurgiens du siècle dernier, et, entre autres, du savant Heister.

Dans sa dissertation *De incontinentia urinæ ex partu difficile* (*resp. H. A. Verthem*; Halle, 1724), Fréd. Hoffmann donne un très-bon résumé des travaux antérieurs, mais ne propose aucun nouveau moyen de traitement.

Nous arrivons enfin à J.-L. Petit. Ce grand chirurgien apporta dans la discussion des faits et dans l'exposé du sujet cette justesse et cette lucidité admirables de jugement qui le distinguent à un si haut degré. Mais il repoussa toute idée d'opération pour la guérison de ces fistules, et sa doctrine prévalut jusqu'à ce que Chopart et Desault vinssent en appeler de son arrêt, et appliquassent le traitement par le tamponnement. La manière brillante dont les deux célèbres chirurgiens soutinrent leur opinion, les faits qu'ils annoncèrent à l'appui, entraînèrent en France

à peu près toutes les convictions, et pendant plusieurs années leur doctrine régna presque seule

A partir de cette époque, les fistules vaginales urinaires devinrent l'objet d'un grand nombre de travaux d'un haut intérêt. On n'avait pas tardé à reconnaître que la méthode de Desault n'avait pas tous les avantages qu'il lui attribuait; dès lors naquirent cette foule de méthodes différentes, qui, depuis vingt ans, se sont rapidement succédées. Ce n'est pas ici le lieu de les exposer; elles se trouveront nécessairement et beaucoup mieux placées dans la suite de cette thèse.

Nous n'avons indiqué dans ce rapide exposé que ce qui est relatif aux fistules vésico-vaginales; c'est que ce sont celles qui ont donné lieu aux travaux les plus importants. Les ouvertures anormales, qui font communiquer le vagin avec le rectum, bien que connues avant les autres des chirurgiens et des accoucheurs, n'ont été que dans ces derniers temps l'objet de tentatives variées de traitement chirurgical. Nous pensons qu'il est inutile de nous y arrêter.

Division des fistules.

Par *fistule vaginale*, on entend toute solution de continuité, dont les bords lisses, non saignants, sont tapissés par une membrane organisée, analogue à celle que l'on rencontre dans toute espèce de fistule. Cette solution de continuité établit une communication entre le vagin et des cavités voisines, nor-

males ou accidentelles. Je distinguerai donc les fistules vaginales en celles qui font communiquer le vagin avec des cavités normales, et celles qui font communiquer le vagin avec des cavités accidentelles.

Les premières doivent être distinguées en :

1° *Fistules urinaires-vaginales.* — Elles font communiquer le vagin avec l'urèthre ou avec la vessie : de là les fistules uréthro-vaginales, et vésico-vaginales.

2° *Fistules recto-vaginales.* — Elles font communiquer le vagin avec le rectum.

3° *Fistules intestino-vaginales.* — Elles font communiquer le vagin avec une autre partie de l'intestin.

4° *Fistules péritonéo-vaginales.* — Elles font communiquer le vagin avec la cavité du péritoine.

Les secondes font communiquer le vagin avec une cavité accidentelle résultant, soit d'un abcès, soit d'un kyste qui, développé dans les organes voisins, est venu s'ouvrir dans ce canal.

J'examinerai successivement les opérations que nécessite chacune de ces variétés de fistules, et pour chacune d'elles j'entrerai dans de courts détails pathologiques, qui serviront à en faire mieux comprendre la médecine opératoire.

Opérations que nécessitent les fistules communiquant avec des cavités normales.

1° *Fistules urinaires-vaginales.* — Les fistules uréthro-vaginales peuvent être congénitales ou accidentelles. Les premières sont rares ; j'ai eu l'occasion d'en observer un cas remarquable, dans lequel l'urèthre et le rectum venaient s'ouvrir dans le vagin. Au reste, elles nous intéressent peu, parce que l'on ne peut guère songer à y remédier par des opérations.

2° Les fistules uréthro-vaginales accidentelles sont beaucoup plus fréquentes. Elles sont plus habituellement consécutives à un accouchement laborieux, dans lequel la tête du fœtus, séjournant longtemps au détroit inférieur, comprime fortement contre le pubis la cloison uréthro-vaginale. Il en résulte une eschare, dont la chute est suivie d'une communication entre les deux canaux, et plus tard d'une fistule.

Le caractère spécial de ces espèces de fistules est de ne donner passage à l'urine qu'au moment de l'excrétion de ce liquide, circonstance importante qui explique la plus grande facilité de leur guérison.

Leurs dimensions varient, et l'on comprend aisément que plus elles seront grandes, plus il s'échappera d'urine par leur ouverture. Le plus souvent arrondies, elles peuvent être longitudinales, transversales ou obliques.

On constate assez facilement, par le toucher et la vue, l'existence d'une fistule uréthro-vaginale, surtout si elle a une étendue un peu considérable ; mais lorsqu'elle est petite, elle peut se trouver cachée au milieu des plis de la paroi antérieure du vagin, et nécessiter de longues recherches avant d'être aperçue.

Les fistules *vésico-vaginales* sont des ouvertures anormales, à bords organisés, qui établissent une communication entre la vessie et le vagin. Le mot de *fistule* exprime généralement un orifice étroit, et l'on serait embarrassé, si, conservant l'acception habituelle de ce mot, l'on voulait établir la dimension que devrait avoir une ouverture de communication entre le vagin et la vessie pour être ou n'être pas une fistule ; ce serait une distinction subtile, et j'accepte le langage habituel de la chirurgie, qui désigne sous le nom de *fistules* toutes les ouvertures que j'ai indiquées.

Leur siége varie. Comme la paroi antérieure du vagin se trouve en contact immédiat, dans une grande étendue, avec la région inférieure de la vessie, on conçoit la possibilité de leur existence dans tout le trajet où a lieu ce rapport immédiat : les unes seront donc rapprochées du lieu de réunion de l'urèthre avec la vessie; les autres seront placées plus en arrière. Mais si l'on a égard à la cause la plus ordinaire qui les produit, c'est-à-dire l'accouchement laborieux, et au mécanisme de leur formation, on voit que leur siége le plus fréquent doit être au niveau de la partie

antérieure du bas-fond, au voisinage du col de la vessie; on conçoit même que la fistule puisse être située directement sur le col, une partie de la vessie et une partie de l'urèthre ayant alors été détruites. Il est convenable, ainsi que je l'ai fait pressentir dans ma partie anatomique, de les distinguer en celles qui sont placées en avant de l'insertion des uretères, et celles qui sont placées en arrière de cette insertion. Je ne dois pas omettre ici une forme de fistule dans laquelle il y a communication entre la vessie et l'utérus; nous avons vu qu'elle est rendue possible par le rapport immédiat de ces deux organes dans une certaine étendue.

Si le siége de la fistule intéresse le chirurgien, parce que les opérations sont d'autant plus difficiles qu'il faudra agir plus loin de l'entrée du vagin, il en est de même de leur étendue et de leur forme : la première varie depuis 1 ou 2 millimètres jusqu'à 25 ou 30, et même plus. M. Lallemand a rapporté un cas dans lequel l'ouverture avait 42 millimètres (18 lignes); l'on comprend que ces différences devront influer sur le choix et sur le résultat des opérations. Leur forme est le plus souvent arrondie; mais elle peut, de même que celle des fistules uréthro-vaginales, avoir plus d'étendue dans le sens transversal ou dans le sens longitudinal, circonstances dont l'opérateur doit encore tenir compte : les bords de la solution de continuité sont quelquefois minces, d'autres fois durs et calleux.

La fistule vésico-vaginale laisse passer l'urine dans

le vagin, souvent ce passage a lieu continuellement. Mais certaines circonstances peuvent faire qu'il n'en soit pas ainsi : telles que l'étroitesse de l'ouverture; la position des malades, qui dans certains cas doit être verticale, dans d'autres, assise, dans d'autres, horizontale, pour que l'écoulement soit moins abondant; telles aussi que l'immobilité, l'obliquité du trajet fistuleux.

Dans le plus grand nombre des cas, il est possible de distinguer une fistule uréthro-vaginale d'une fistule vésico-vaginale, l'urine s'écoulant à des intervalles assez éloignés dans les premières, s'écoulant presque continuellement dans les secondes; mais ce dernier caractère pouvant venir à manquer, comme je l'ai dit tout à l'heure, il en résultera quelques doutes, et de l'obscurité dans le diagnostic. Beaucoup d'observateurs me semblent n'avoir pas suffisamment tenu compte de cette difficulté; peut-être quelquefois a-t-on publié comme des guérisons de fistules vésico-vaginales, des cas de fistules uréthro-vaginales : c'est là un point qui doit rendre circonspect sur le jugement définitif à porter sur les procédés opératoires. L'on peut, en examinant et interrogeant avec soin les malades, reconnaître les deux espèces de fistules, et, si cela ne suffisait pas, la distance qui sépare le méat urinaire de l'orifice fistuleux serait d'une grande utilité; puisque nous avons vu l'urèthre avoir 30 à 32 millimètres de longueur, si la distance dont nous parlons est sensiblement moindre, on aura affaire à une

fistule uréthrale; si au contraire elle est plus grande, on aura affaire à une fistule vésicale.

Il résulte, du passage de l'urine à travers une fistule de ce genre, une irritation continuelle du vagin, des parties extérieures de la génération, et même de l'utérus. Ces parties, non habituées au contact de ce liquide, s'enflamment et deviennent douloureuses : son passage imprime aux parties génitales et à tout l'individu une odeur infecte; les malades, continuellement baignées par l'urine, sont obligées de maintenir et de renouveler souvent des linges sur la vulve. Si l'on joint à cela la gêne qui résulte nécessairement de cette affection pour l'accomplissement des fonctions génératrices, le dégoût qu'éprouvent les malades, l'on comprend l'abattement moral, leur désespoir, leur dépérissement, et la mort, qui est quelquefois la suite de tous ces accidents.

Complications des fistules urinaires vaginales. — L'étude des complications de la fistule uréthro et vésico-vaginale est d'une haute importance, parce que, parmi ces complications, les unes nécessitent des opérations particulières, les autres rendent impossible toute espèce d'opération.

1° *Diminution de capacité de la vessie.* — Si la fistule est assez étendue pour laisser passer toute l'urine qui arrive dans la vessie, celle-ci n'étant plus distendue par l'accumulation du liquide dans sa cavité, on conçoit qu'elle doit diminuer de volume, perdre une

grande partie de sa capacité, et que cette diminution doit être d'autant plus sensible que la maladie est plus ancienne.

2° *Rétrécissement ou oblitération de l'urèthre.* — Si l'urine a cessé complétement de s'écouler par l'urèthre, celui-ci revient sur lui-même, se rétrécit, et peut même s'oblitérer complétement. Parmi les cas les plus remarquables d'oblitération du méat urinaire, je rappellerai celui de Schulzius, cité par Fr. Hoffmann, son élève (1), qui, ayant employé inutilement le siphon de *Henri van Heer* pour une fistule vésico-vaginale, examina alors avec soin, et ne put trouver aucune trace de méat urinaire, ni de canal uréthral, et celui si célèbre de *Saucerotte* (2), dans lequel quelques tentatives que l'on eût faites, on ne put trouver la route de l'urèthre.

3° *Renversement de la vessie.* — Il n'est pas rare de voir la vessie, en même temps qu'elle revient sur elle-même, se renverser de telle manière, que sa partie supérieure vient s'engager dans la fistule. On sent alors, en introduisant le doigt dans le vagin, que la perte de substance est remplie et comme comblée par la membrane muqueuse vésicale, qui fait de ce côté une saillie considérable.

---

(1) Fr. Hoffmann, *Opera. De incontinentia urinæ ex partu difficili.*

(2) Saucerotte, *Mémoire de chirurgie*, t. II.

4° *Brides dans le vagin.* — La chute de l'eschare est suivie d'une plaie dont les bords se cicatrisent et circonscrivent la fistule; mais quelquefois cette cicatrice amène la formation de brides, qui se portent, soit d'un côté de la fistule à l'autre, en traversant son ouverture, soit sur les parties latérales, soit enfin d'une paroi du vagin à la paroi opposée, et dans différentes directions.

5° *Rétrécissement du vagin.* — Lorsque l'inflammation a été très-intense, et la plaie consécutive à la chute de l'eschare très-étendue, il peut se faire que le vagin subisse un rétrécissement : tantôt toute la partie du canal placée au-dessous de la fistule se retrécit (J.-L. Petit); tantôt, et le plus souvent, le rétrécissement porte seulement au niveau de la cicatrice, et alors il y a une sorte de cloison valvulaire qui divise le vagin en deux parties, l'une supérieure, l'autre inférieure, comme dans les cas rapportés par Chopart (1), Deyber (2). La partie supérieure, espèce de cloaque dans lequel il y a communication facile de la vessie au vagin, reçoit l'urine, et la transmet au dehors par l'orifice qui reste au milieu du rétrécissement. Il ne peut y avoir occlusion complète du vagin; car la même cause qui entretient la fistule vésico-

---

(1) Chopart, *Malad. des voies urinaires*, p. 483.

(2) Deyber, *Mémoires sur les fistules urinaires vaginales* (*Répert. de* Breschet, t. v).

vaginale, c'est-à-dire le passage continuel de l'urine, doit empêcher aussi cette occlusion d'avoir lieu. Outre la gêne qu'une semblable complication doit apporter dans l'exécution des opérations, on comprend qu'elle peut être la source d'accidents graves, en permettant difficilement le passage du sang au dehors aux époques menstruelles. J. L. Petit (1) raconte à cet égard le fait intéressant d'une dame chez laquelle l'orifice de communication entre les parties supérieures et inférieures du vagin était tellement petit, que le sang des règles y passait avec beaucoup de peine, et que celles-ci étaient accompagnées de coliques intenses et d'accidents souvent très-graves. Nous verrons bientôt comment J. L. Petit crut devoir traiter cette malade.

6° *Concrétions calculeuses.* — Des calculs peuvent se former dans la vessie chez les femmes atteintes de fistules vésico-vaginales; ils peuvent aussi se former au-dessus d'un rétrécissement du vagin, comme cela eut lieu, en effet, dans le cas précédemment cité de J.-L. Petit; d'autres fois l'urine dépose dans l'intérieur du vagin, et même à l'extérieur, de petites concrétions calculeuses, qui, s'implantant dans la muqueuse ou dans la peau des parties extérieures de la génération, augmentent considérablement les douleurs déjà causées par le contact anormal des urines sur ces parties. J.-L. Petit (2) raconte, dans sa première ob-

(1) J.-L. Petit, *Traité des maladies chirurg.*

(2) *Loc. cit.*

servation, qu'une malade, tourmentée par ces incrustations, était obligée de les faire enlever tous les huit ou dix jours ; elles cessèrent de se former dès qu'il lui eut conseillé de ne plus mettre de tampon dans le vagin. On trouve cette espèce de complication assez fréquente dans les auteurs anciens ; elle est plus rare de nos jours, et cela tient sans doute à ce que l'on conseille plus souvent aux malades les injections et autres moyens palliatifs propres à rendre supportable aux malades l'infirmité dont elles sont atteintes.

7° *Végétations.* — Fr. Hoffmann (1) rapporte, d'après Henri van Heer, l'observation fort remarquable d'une malade qui, après un premier accouchement laborieux, perdit son urine par le vagin ; l'intérieur de ce canal, l'extérieur de la vulve, irrités par ce liquide, devinrent le siége de végétations, sur la nature desquelles il n'insiste pas. Elles étaient tellement nombreuses, qu'elles formaient à l'extérieur du vagin une saillie qu'il eût été impossible d'embrasser avec les deux mains (*ut vix duæ manus ad illas verrucas comprehendendas suffecerint*).

8° On peut observer à la fois la fistule recto-vaginale et la fistule vésico-vaginale. Hilscher, cité par Fr. Hoffmann, raconte à cet égard le fait suivant :

Une femme de quarante ans, qui, à la suite d'un

(1) *Loc. cit.*

accouchement, perdait son urine par le vagin, se plaça elle-même, par le conseil d'une autre femme, un tampon composé d'étoupe, de linge et de fil. Ce tampon empêcha pendant dix ans l'écoulement de l'urine. Au bout de ce temps, des incrustations qui s'y formèrent le rendirent trop volumineux ; il se dérangea. La malade, essayant de le replacer, fit tomber une partie de ces incrustations; de là des inégalités qui déchirèrent la cloison recto-vaginale : elle eut tout à la fois fistule vésico-vaginale et recto-vaginale.

9° La fistule vésico-vaginale peut se compliquer d'affection cancéreuse dans divers organes, mais plus particulièrement dans la vessie et le vagin; c'est même souvent un cancer ulcéré de ces derniers organes qui donne naissance à la fistule: elle peut se compliquer aussi de syphilis constitutionnelle, et de toute autre maladie aiguë ou chronique.

Opérations que nécessitent les complications de la fistule vésico-vaginale.

Plusieurs des complications que nous avons précédemment indiquées rendent difficiles et inapplicables les divers procédés opératoires que nous allons décrire; il importe donc de les combattre avant de passer outre.

Le rétrécissement de l'urèthre, quand il n'est pas arrivé jusqu'à l'oblitération, doit être traité par la dilatation avec les sondes et les bougies les plus

volumineuses, de la même manière que le rétrécissement de l'urèthre chez l'homme. Un auteur anglais, Weiss, a fait construire, dans le même but, un instrument dilatateur particulier, dont on parle dans plusieurs observations publiées par les journaux anglais, mais dont je n'ai pu trouver nulle part une description détaillée.

Quand il y a oblitération complète de l'urèthre, faut-il chercher à rétablir cette voie naturelle de l'urine, pour traiter ensuite la fistule vésico-vaginale? Il n'y a nul doute que le chirurgien doit faire tous ses efforts pour arriver à ce résultat; mais malheureusement on n'y est pas parvenu jusqu'ici. Dans le cas de Henri van Heer, déjà cité, ce chirurgien proposa à la malade une opération pour rétablir le calibre de l'urèthre; mais elle s'y refusa, d'après la volonté de son mari. Fr. Hoffmann, dans lequel j'ai trouvé rapporté ce fait, ne nous dit pas si l'on apercevait bien la place du méat urinaire, et si l'opération proposée par Henri van Heer eût été facilement praticable. Un obstacle des plus remarquables s'est, au contraire, présenté dans le cas de *Saucerotte* (cité plus haut): c'est qu'il fut impossible de trouver la place de l'ancien orifice de l'urèthre, et par suite de pratiquer aucune opération; la malade fut abandonnée à son triste sort. C'est en vain que Saucerotte, examinant avec grand soin, chercha à introduire un stylet fin boutonné dans les plus petits orifices qu'il rencontra à la place habituelle du méat urinaire; c'est en vain qu'il introduisit une vessie de porc dans le vagin, et

la distendit par de l'air pour exercer une compression forte qui devait forcer l'urine à faire saillie du côté du canal excréteur ; et ce fut en vain, enfin, que le moyen ingénieux proposé à cette occasion par Percy (1) fut mis à exécution. Il consistait à introduire une sonde de gomme élastique par la fistule même, et à la faire cheminer d'arrière en avant, à travers le col de la vessie, jusqu'à ce qu'on pût la sentir avec le doigt, soit par le simple toucher, soit à l'aide de percussions légères dirigées d'arrière en avant.

L'on comprend que si, comme cela avait lieu probablement dans le cas de Saucerotte, l'urèthre est oblitéré complétement dans toute sa longueur, il doit être absolument impossible de retrouver la voie habituelle de l'urine, et qu'alors on doit s'abstenir de toute opération. Mais si l'oblitération n'était complète qu'au méat urinaire, ou dans un point limité du canal, il serait possible de rétablir celui-ci à l'aide d'un trois-quarts, ou du bistouri, suivant les cas ; l'on pourra se guider avec avantage sur une sonde placée d'arrière en avant, d'après le précepte de Percy. Cette complication est très-rare; nous ne possédons pas de données bien positives à cet égard.

Le rétrécissement du vagin peut nécessiter des opérations particulières, parce qu'il empêche d'aper-

---

(1) Percy. — Réponse à Saucerotte, dans les *Mémoires de chirurgie* de ce dernier.

cevoir convenablement la fistule, de faire agir les instruments nécessaires. Dans un cas où le rétrécissement était formé par une sorte de valvule circulaire, Chopart (1) incisa cette valvule pour appliquer ensuite le tamponnement; mais il trouva la communication entre la vessie et le vagin tellement large, qu'il ne put y avoir recours. Dans un cas semblable, M. Erhman, cité par M. Deyber (2), incisa aussi la valvule, tamponna le vagin avec de la charpie recouverte d'un linge fin, et eut ensuite recours à la suture.

L'on pourrait, sans incision préalable, dilater le vagin, et le ramener ainsi peu à peu à son calibre naturel, par des mèches de plus en plus volumineuses introduites dans sa cavité.

Dans un cas rapporté par M. Luke (3), ce chirurgien dilata préalablement le vagin avec l'instrument employé par Weis pour l'urèthre, et fit ensuite une suture qui ne réussit pas.

Mais le rétrécissement du vagin peut coïncider avec un calcul placé au-dessus de ce rétrécissement; il faut pratiquer alors une opération qui a pour but, ou simplement de débarrasser la malade du calcul, ou de permettre ensuite une autre opération pour la fistule elle-même. Dans le fait intéressant de J.-L. Petit,

---

(1) *Maladie des voies urinaires*, p. 483.

(2) *Répertoire d'anatomie phys.-pathol.* de M. Breschet, t. v.

(3) *The Lancet*, t. I, 1832-33, p. 679.

précédemment rapporté, il se forma un calcul au-dessus du point rétréci. J.-L. Petit fit alors, comme il le dit lui-même, une opération de taille toute particulière : ayant fait construire exprès un petit gorgeret et une sonde cannelée, il glissa sur cette dernière un bistouri, et coupa en haut et sur les deux côtés le vagin rétréci qui servait d'urèthre; puis il chargea la pierre avec une tenette en forme de tire-balle, prit de grandes précautions pour ne pas saisir en même temps les parois de la vessie, et brisa la pierre; plusieurs fragments furent retirés immédiatement, et il laissa les autres s'échapper deux-mêmes par la fistule; enfin il s'attacha à tenir dilaté le vagin, qui, trop rétréci, causait des accidents aux époques menstruelles. Il se servit, dans ce but, d'un bouchon de liége, qu'il voulut maintenir dans le vagin pendant toute la durée de la formation de la cicatrice. La malade ne se prêta pas convenablement à ce genre de traitement, et J.-L. Petit n'obtint qu'une partie du résultat qu'il s'était proposé.

Si le calcul, au lieu d'être situé au-dessus d'un rétrécissement du vagin, comme dans le cas précédent, est placé dans la vessie même, il faut l'extraire; si la fistule était très-étroite, on aurait recours aux procédés de taille ordinaires; si la fistule était plus considérable, on pourrait faire sortir le calcul par cette voie, pour procéder ensuite à la réunion, comme cela a été tenté dans l'observation suivante.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE.

Calcul dans la vessie. — Extraction du calcul par la plaie. — Opération de la fistule par l'avivement et la suture. — Emploi de fils dorés. — Suture maintenue pendant trois semaines. — Guérison complète.

« En janvier, je fus consulté par miss H..., âgée de quarante-cinq ans. Depuis vingt mois elle avait cessé d'être réglée ; il y avait onze ans et demi qu'elle souffrait d'une incontinence d'urine résultant d'une blessure qu'elle avait reçue pendant son accouchement mais depuis plus d'un an, outre les souffrances qu'elle éprouvait par suite de l'écoulement continuel de son urine par le vagin, elle avait ressenti une douleur vive dans les reins et la vessie, accompagnée d'une saillie constante dans les parties, comme si, suivant l'expression de la malade, son corps voulait se vider.

« En introduisant une sonde dans la vessie, je trouvai que l'aggravation de ces symptômes était occasionnée par un volumineux calcul qui s'était formé dans la vessie, et mon doigt, placé dans le vagin, put le sentir directement à travers la plaie fistuleuse par laquelle l'urine s'écoulait. Au lieu donc d'opérer de la manière ordinaire, je cherchai à dilater l'ouverture déjà existante, afin d'extraire la pierre.

« Le 24 janvier, après avoir fixé la malade avec les liens, comme pour la lithotomie, j'introduisis une sonde

droite en bois, par l'urèthre, dans la vessie, et de là dans le vagin. J'agrandis la fistule vésico-vaginale avec un bistouri boutonné, jusqu'à ce que l'ouverture fût suffisante pour permettre l'introduction d'une pince. Le calcul étant brisé en plusieurs pièces, il devint alors nécessaire d'introduire la pince plusieurs fois avant que la vessie fût entièrement vidée; et afin qu'il ne restât rien pour former le noyau d'un autre calcul, un cathéter en gomme élastique fut introduit par l'urèthre dans la vessie pendant plusieurs jours; des injections d'eau chaude, qui ressortaient par le vagin, entraînaient avec elles tous les fragments capables d'adhérer aux parois de la vessie. L'extraction du calcul soulagea la malade des derniers symptômes qu'elle avait éprouvés; mais l'incontinence persistait avec ses mêmes inconvénients. Je crus prudent d'attendre quelque temps avant de pratiquer une nouvelle opération, et ce ne fut que le 10 mai que je la tentai.

« La malade, placée sur une table, appuyée sur les coudes et les genoux, les parties génitales externes écartées autant que possible par deux aides, afin de mettre en vue la fistule, qui était située immédiatement au-dessous du col de la vessie, je saisis la portion indurée du bord vésical avec un crochet, et je commençai, avec un bistouri en forme de lance, à enlever une portion elliptique qui comprenait toute la lèvre calleuse qui environnait la fistule; le grand axe de l'ellipse était transversal. Tout jusque-là fut facile; mais, par suite du grand état de contraction des parties, les autres temps de l'opération ne furent

exécutés qu'avec beaucoup de difficultés, et je n'aurais pu parvenir à passer les sutures si je n'avais fait usage d'aiguilles très-fortement recourbées, et d'un porte-aiguilles que je pouvais dégager à volonté, celles-ci étant ensuite retirées avec des pinces à disséquer. De cette manière, trois fils *dorés* furent passés, et en les tordant les bords incisés furent mis en contact, et maintenus dans un rapprochement complet jusqu'à ce que la réunion fût opérée. L'une des sutures fut détachée le neuvième jour, la seconde, le douzième, mais la troisième ne fut enlevée qu'au bout de trois semaines.

« Après l'opération, la malade fut mise au lit, avec ordre de se coucher sur le ventre; une sonde en gomme élastique fut laissée à demeure. Il n'y eut pas le plus léger écoulement d'urine par le vagin, et l'opération eut un succès complet » (Rapp. par M. Gosset, *The Lancet*, 1834-1835, t. I, p. 345. Il insiste sur les avantages signalés des fils dorés).

S'il existe des incrustations de petits calculs, il faut les enlever un à un avec des pinces, et, s'il le faut, avec le bistouri ou les ciseaux. Nous avons vu qu'une des malades de J.-L. Petit subissait souvent cette opération, qui était très-douloureuse.

Enfin les végétations, s'il s'en rencontre, doivent être extirpées. Cette opération fut pratiquée par Henri van Heer, dans le fait rapporté plus haut; elle fut suivie de succès, et permit de placer ensuite le siphon, connu à cette époque.

C'est le lieu d'indiquer, avant d'aller plus loin, que si la fistule a été la conséquence d'un ulcère vénérien de la cloison vésico-vaginale, ainsi que Hunter, M. Ricord, disent en avoir observé, ou si même, sans invoquer cette étiologie, la malade est affectée de syphilis constitutionnelle, il convient, avant toute opération, de la soumettre à un traitement antisyphilitique.

Les préparatifs nécessaires pour pratiquer les différentes opérations que réclament les fistules vaginales comprennent, d'une part, la position à donner aux malades, et de l'autre, le choix et la disposition des instruments, et de quelques autres objets dont on peut avoir besoin. La position à donner à la malade varie dans les différents cas : tantôt, et c'est ce qu'on fait le plus souvent, la malade est couchée sur le dos, comme pour l'opération de la taille sous-pubienne ; les cuisses demi-fléchies sur le bassin sont fortement écartées et soutenues par des aides; les grandes lèvres seront maintenues écartées : tantôt, au contraire, la malade est couchée en avant, appuyée sur les coudes et les genoux, de manière à ce que le siége soit élevé, et les cuisses et les grandes lèvres écartées comme dans le premier cas. On prévoit bien qu'il est impossible d'établir une règle positive dans le choix de ces positions, et qu'il faut laisser au chirurgien le soin de déterminer, suivant les circonstances, si variables, de siége, de forme, celle à laquelle il devra donner la préférence. A ce premier temps de l'opération en succède un autre dont l'importance et la difficulté

nous ont valu, de la part des chirurgiens, des instruments si nombreux et si variés; je veux parler de la mise à découvert de la fistule. Notre intention n'est point d'entrer dans la description de toutes les modifications qu'on a fait subir, dans ce but, au spéculum; il nous suffit de nommer le spéculum en bec de flûte, le spéculum plein, fenêtré, le spéculum à valves, soit à deux, soit à quatre valves, à valves simples ou fenêtrées, etc., et de dire qu'ici encore le choix de l'instrument ne saurait être fixé à l'avance; dans bien des cas, même, les doigts du chirurgien le remplacent avec avantage. Maintenant, suivant qu'on pratiquera telle ou telle opération, les objets nécessaires varieront : ainsi, pour la ligature, on se sert d'aiguilles courbes ou de crochets, de fils en lin, en soie, ou en métal; pour la cautérisation, de cautères en olives, en crêtes, etc., ou de caustiques de nature diverse. A tous ces moyens, on ajoutera une seringue à injection, des éponges, de la charpie, et de l'eau, si on a recours à la cautérisation. Il est à peine besoin de dire que la lumière artificielle est indispensable dans la majorité des cas.

TAMPONNEMENT; SONDE ET SIPHON.

Dans le traitement des fistules urétro et vésico-vaginales, il se présente plusieurs indications à remplir : 1° rétablir le cours de l'urine par les voies naturelles; 2° fermer la route accidentelle. La première indication est anciennement connue, et si on

peut citer en sa faveur quelques cas de succès, ils sont assez peu circonstanciés pour qu'on puisse raisonnablement admettre qu'on ait eu affaire à des fistules vagino-uréthrales de date récente. La seconde indication a dû venir de bonne heure à l'esprit des chirurgiens : elle a pour but de fermer la fistule, et on peut y parvenir, soit en obturant cette fistule, et en empêchant le passage de l'urine entre les lèvres, au moyen d'un tampon, soit en obtenant l'agglutination des bords de cette fistule entre eux, soit enfin en la bouchant avec un lambeau formé aux dépens des parties voisines (uréthro ou cystoplastie), opération dans laquelle on emprunte à des parties plus ou moins éloignées, et d'une structure plus ou moins similaire, une pièce capable de réparer la perte de substance, ou de fermer l'écartement qui constitue la fistule. Pour obtenir la réunion des bords de la fistule, des moyens nombreux ont été mis en pratique.

Le tampon. — Desault et Chopart ont préconisé l'efficacité du tampon uni à la sonde. S'ils n'ont pas été les inventeurs de ce moyen, au moins ils l'ont remis en vogue, et en ont rendu l'usage plus méthodique. Desault commençait par détourner l'urine du trajet de la fistule, il dilatait l'urèthre, et plaçait dans la vessie une large sonde, qu'il laissait continuellement ouverte, au moins au commencement du traitement. Il avait imaginé, pour maintenir cette sonde dans la vessie, un bandage particulier qui devait la tenir invariablement fixée, sans incommoder

la malade, même pendant la marche. Il rapprochait les bords de la fistule en introduisant dans le vagin, soit un tampon de linge, soit une compresse en forme de doigt de gant, remplie de charpie, soit un morceau de liége, ou de toute autre substance de forme cylindrique, enduit de gomme élastique ou de cire, et assez gros pour remplir le vagin sans le distendre. En enfonçant ce corps étranger dans le vagin, on tend à rapprocher le bord de la fistule qui est près du col de la vessie, du bord opposé. Ainsi la fistule, de ronde qu'elle était, devient transversale, ce qui est favorable à la cicatrisation; en outre, le vagin étant rempli, l'urine ne peut plus y arriver. « En suivant ce procédé, dit Desault, nous sommes venu à bout de guérir de ces fistules urinaires vaginales très-anciennes, à travers lesquelles nous pouvions facilement porter deux doigts dans la vessie. Nous croyons devoir observer que le traitement de ces fistules est nécessairement long, et que souvent la guérison n'a été parfaite qu'au bout de six mois ou un an. »

La manière dont s'exprime ce grand chirurgien semble indiquer que cette méthode a eu entre ses mains plusieurs succès, et dans des circonstances assurément assez peu favorables, car les expressions ne laissent aucun doute sur l'ancienneté, sur l'étendue des fistules. La plupart des auteurs modernes n'ont pas admis sans restriction les résultats annoncés par Desault. La plupart ont pensé qu'il y avait eu erreur ou insuffisance dans les faits énoncés par lui; on est même allé jusqu'à dire que Desault n'était pas con-

vaincu des succès dont il parle. Les OEuvres de Desault ne contiennent pas, à la vérité, d'observations détaillées : les faits propres à ce chirurgien, et sur lesquels sa doctrine repose, échappent donc à une discussion de détails ; ils perdent, par conséquent, la plus grande partie de leur valeur. Il est loisible à chacun d'admettre que les malades traitées par lui, ou bien avaient des fistules de l'urèthre, ou bien qu'elles n'ont pas été suffisamment examinées après leur traitement, pour qu'on établît qu'elles avaient été radicalement guéries, et que la guérison s'est maintenue. Chopart a partagé les idées de Desault; mais c'est surtout en faveur de la dilatation de l'urèthre et de la sonde à demeure qu'il se prononce pour obtenir des guérisons. Le fait suivant, qui est contenu dans son ouvrage, et qui appartient à Desault, est invoqué par lui en faveur de cette doctrine.

OBSERVATION.

(Chopart, observation de Desault.)

Une dame âgée de vingt ans, d'un bon tempérament, et bien conformée, accoucha d'un premier enfant le 1er septembre 1781. L'accouchement fut terminé par le levier. Peu de temps après, inflammation de la vessie et des parties génitales, combattue avec succès par les antiphlogistiques; les urines, suspendues pendant trois jours, s'écoulèrent par le vagin; une eschare gangréneuse, de la grandeur d'un demi-

pouce, se détacha de ce conduit, et permit à l'urine de passer plus facilement.

Par l'inspection, et au moyen d'injections faites dans l'urèthre et sortant par le vagin, on reconnut qu'il y avait communication entre ces deux conduits. A l'aide d'un doigt placé dans le vagin et d'un gros stylet placé dans l'urèthre, on jugea que cette ouverture, qui pouvait avoir trois lignes d'étendue, était située au col de la vessie, du côté de son bas-fond, qu'elle était située transversalement, et de forme allongée; les bords étaient durs, calleux; le vagin et les grandes lèvres étaient excoriés.

Cette dame consulta plusieurs chirurgiens de province, qui lui conseillèrent des pessaires de différentes formes. Pendant deux mois, elle porta un pessaire cylindrique, qui eut pour effet d'empêcher l'écoulement des urines lorsque cette dame était dans une position horizontale; mais lorsqu'elle était debout, le liquide s'échappait malgré ses efforts. Des bougies creuses et pleines furent employées sans succès, elles fatiguaient la malade.

Après être restée quelque temps sans avoir recours à aucun traitement, et sans éprouver de changements, elle consulta Desault. Ce chirurgien, après avoir reconnu le siége de la fistule au lieu indiqué, conseilla de porter à demeure, dans l'urèthre, une sonde creuse de gomme élastique, de manière qu'elle dépassât d'environ un pouce l'ouverture fistuleuse; des injections mucilagineuses dans le vagin, le repos et le décubitus sur le coucher, furent également prescrits. Malgré

les callosités qui se trouvaient dans le vagin et l'urèthre, il porta dans ce dernier canal, des sondes dont il augmenta successivement la grosseur, et traita les excoriations de la vulve et des cuisses par l'eau végéto-minérale et les onctions avec du cérat de saturne. Cette dame resta pendant deux mois se tenant souvent couchée sur le côté. Comme la sonde, laissée ouverte, fatiguait la vessie, et que l'écoulement de l'urine sur la peau augmentait la cuisson et entretenait les excoriations, on ferma la sonde avec un bouchon, que l'on ôta d'abord toutes les demi-heures, puis toutes les heures, pour donner issue au liquide. Après trois mois, la fistule était presque totalement fermée; les callosités étaient ramollies ; l'urine passe par l'urèthre, quelques gouttes sortent pendant la marche. Cette dame, de retour dans son pays, a continué quelque temps l'usage de la sonde ; depuis, elle est accouchée deux fois avec bonheur, et elle *paraît* parfaitement guérie de sa fistule.

Cette observation est peu faite pour fortifier les assertions de Desault ; il est au moins permis d'élever des doutes sur la guérison radicale de cette dame ; elle n'était pas totalement guérie lorsqu'elle a quitté Paris. Notons, en outre, que la fistule de forme transversale était au col de la vessie, et peut-être à l'urèthre, qu'elle appartient, par conséquent, à la catégorie de celles qui peuvent guérir par des procédés simples. Ce fait, qui, bien que rapporté par Chopart, appartient à Desault, donne à regretter que ce dernier

ne soit entré dans aucun détail sur les autres observations qui l'ont engagé à s'exprimer ainsi qu'il l'a fait. Il n'est pas déraisonnable de croire que Desault a particulièrement guéri des fistules très-voisines de l'urèthre; c'est, du reste, l'opinion adoptée par Chopart, qui pense que les fistules vésicales et vaginales sont incurables lorsque l'ouverture fistuleuse est grande, et qu'elle est peu éloignée du col de la vessie. Les travaux de Desault n'ont donc pas beaucoup contribué à élucider la question. Si maintenant nous examinons comment la fistule a été guérie par le tampon, nous sommes frappé d'une chose : c'est de la réunion des bords de cette fistule sans avivement préalable. Le tampon opérerait-il en ulcérant, en irritant les bords de la fistule en même temps qu'il les tiendrait rapprochés ? Cela paraît peu probable, si on se rappelle qu'il faut des mois, une année, pour obtenir la guérison. La sonde, d'une part, qui est tenue continuellement ouverte, ou qu'on ouvre de demi-heure en demi-heure, et le tampon, d'une autre, en empêchant l'urine de passer par cette ouverture fistuleuse, la mettent dans des conditions favorables à l'oblitération. C'est donc autant en favorisant l'oblitération graduelle et spontanée, qu'en agissant directement, que ce moyen peut être efficace. Toutefois, les assertions de Desault, d'une part, la sanction donnée par Chopart à ces assertions, de l'autre, les observations suivantes, ne me permettent pas de considérer ce moyen comme tout à fait inefficace. Je

dois néanmoins faire une remarque importante : c'est que les observations qui suivent diffèrent essentiellement de celles de Desault par rapport à l'ancienneté du mal ; peut-être pourrait-on croire que les malades auraient guéri spontanément.

OBSERVATION.

(The Edinburgh medical and surgical journal.)

Fistule vaginale urinaire, par Willam Cumming, chirurgien à Glascow. Guérison par la sonde à demeure, et l'éponge.

H. Millan, entrée à l'infirmerie royale, le 11 novembre 1818. Cinq semaines avant, à la suite d'un accouchement où elle ne fut délivrée qu'après deux applications de forceps, elle s'aperçut que son urine s'échappait par le vagin ; huit jours après, l'urine passant toujours par la même voie, la malade rendit par la vulve une eschare d'un pouce de long, et d'un quart de pouce de large ; depuis lors l'urine coula sans interruption par le vagin. La douleur était considérable, les nymphes gonflées et enflammées, la peau voisine très-excoriée et très-facile à ulcérer. L'appétit était encore bon ; la santé générale paraissait avoir peu souffert. En introduisant une sonde dans la vessie, et le doigt dans le vagin, on sentait la sonde à un pouce au moins dans une ouverture longitudi-

nale, qui commençait à un demi-pouce de l'orifice externe de l'urèthre.

On introduisit une éponge dans le vagin pour absorber l'urine ou l'empêcher de passer; une sonde de gomme élastique fut placée à demeure dans la vessie: l'irritation qu'elle produisit causa un écoulement de sang considérable; il y eut fièvre: on essaya de laisser un peu d'urine dans la vessie pour prévenir l'irritation; mais les symptômes persistèrent, et l'on fut forcé de retirer la sonde. On pratiqua une saignée, des fomentations sur l'abdomen et aux pieds: huile de castor, une once. On remplaça bientôt la sonde élastique par une sonde d'argent: l'urine s'écoulait librement; la malade se trouva mieux.

Le 30 novembre, la douleur que produisait la sonde força de la retirer: la malade ne perdait plus d'urine involontairement; mais, par précaution, elle la rendait toutes les heures.

Du 1er au 5 décembre, la malade éprouva de fréquents besoins d'uriner; elle ne rendait que quatre onces de liquide chaque fois. Divers remèdes n'apportèrent aucune amélioration. Le 5, la malade observa le passage involontaire de l'urine par le vagin.

Le 7, on replaça la sonde à demeure, peu après on la ferma avec une cheville, pour la rouvrir quand la malade voulait rendre son urine, comme on avait fait la première fois.

Le 19, la malade se plaignit de nouveau: on retira la sonde.

Le 26, la malade urinait à volonté, et aux mêmes intervalles qu'avant d'être malade.

Le 28 décembre, elle fut renvoyée parfaitement bien portante.

Deux jours après, la malade crut que son affection était revenue; il n'en était rien.

Le 4 mai 1819, elle se portait bien; mais quand elle se fatiguait, elle avait besoin d'uriner, et si elle n'y satisfaisait, l'urine coulait malgré elle. A l'examen, on trouva que l'orifice de l'utérus était considérablement abaissé, et la face supérieure du vagin légèrement couverte de plis. Un mois après, elle se portait bien, si on excepte quelques incontinences d'urine quand elle s'était fatiguée. L'orifice de l'utérus n'avait pas changé de position; quand on séparait les lèvres, la surface interne supérieure tombait un peu.

Après avoir brièvement rapporté le cas d'une fistule vésico-vaginale, guérie après quatre cautérisations, à l'Hôtel-Dieu de Paris (extrait de *la Lancette*), l'éditeur du *London medical and surgical journal* fait les réflexions suivantes :

« On obtiendrait une guérison aussi rapide en laissant une sonde à demeure dans la vessie, en plaçant un tampon dans le vagin, ainsi que le professeur Cumming, de Glascow, l'a recommandé. Ce mode de traitement m'a réussi deux fois depuis deux années. Dans l'un de ces cas, on pouvait introduire quatre doigts dans la fistule, et depuis six semaines la malade était privée de sommeil. Quand le tampon

est convenablement appliqué, et placé contre l'ouverture, il empêche le passage de l'urine par le vagin; il prévient, par conséquent, l'irritation et l'inflammation qui en sont le résultat; il faut laisser le pavillon de la sonde ouvert, afin que la vessie, revenant sur elle-même, rende plus facile le contact des bords de la solution de continuité, et plus prompte leur cicatrisation » (vol III, july 1829, p. 70).

OBSERVATION.

(The Edinburgh medical and surgical Journal.)

Fistule de la vessie à la suite d'un accouchement; guérison par la sonde et l'éponge. — James Guthrie, chirurgien à Kilmarnock.

Le 21 mai 1823, Agnès Campbell, âgée de vingt-trois ans, eut un accouchement très-pénible, pendant lequel la tête de l'enfant resta fort longtemps sur le périnée. Elle fut délivrée par le forceps; mais, l'application de cet instrument ayant été très-tardive, la malade en souffrit peu.

Une heure après sa délivrance, elle avait rendu ses urines, et, depuis, ne pouvait plus les retenir; les parties étaient gonflées et enflammées. Le 23, la malade eut la fièvre: cet état se continua jusque vers le 26, et céda enfin à deux saignées et deux purgations, et aux frictions sur le ventre avec l'essence de térébenthine.

L'examen, à l'aide d'une sonde introduite dans la vessie, et du doigt placé dans le vagin, découvrit une ouverture large de deux doigts, et qui était placée au dessus du col de la vessie.

Le 2 juin, quand la sensibilité des parties le permit, on commença le traitement. On introduisit par le vagin un morceau d'éponge qu'on plaça sur l'ouverture de la vessie, et une sonde fut mise à demeure dans l'urèthre, de manière que, l'urine s'écoulant à mesure qu'elle se produisait, la vessie n'était jamais distendue, et les bords de l'ouverture se trouvaient au plus grand degré de rapprochement possible. Jusqu'au 10 juin, l'éponge et la sonde ne furent retirées que le temps de les nettoyer. Le 10, la malade, souffrant beaucoup, les ôta, et vit qu'elle pouvait retenir son urine pendant trois heures, et rendre ensuite presque tout par l'urèthre. Les parties examinées, on trouva l'ouverture diminuée, jusqu'à ne plus admettre que le bout du doigt.

L'éponge et la sonde furent introduites de nouveau, et placées de la même manière, et pendant un mois; on les retira, seulement un moment, tous les trois jours, pour les nettoyer. A cette époque, l'ouverture de la vessie était complétement fermée par une cicatrice molle, mais très-solide; la communication entre le vagin et la vessie était complétement oblitérée; la malade retenait ou rendait son urine à volonté.

Cinq mois après, la malade fut examinée; elle était encore parfaitement guérie: il y avait une légère dépression, de forme ovale, sur le lieu de l'ouverture;

le vagin était considérablement contracté; cependant il n'y avait aucune difficulté dans la conservation ou l'émission de l'urine.

Les avantages de cette méthode sont : d'être d'une exécution facile, de ne pas nécessiter d'opération sanglante; mais, par compensation, il faut tenir compte de sa lenteur, et pendant la durée du traitement les malades doivent être le plus habituellement au lit; il faut maintenir à demeure une sonde dans la vessie, et le séjour prolongé de cet instrument amène assez fréquemment des douleurs et des accidents inflammatoires qui pourraient bien n'être pas sans danger; souvent les malades ne peuvent pas endurer la sonde. Ce n'est pas seulement une méthode lente; elle est incertaine, parce que les bords de la fistule ne se rapprochent pas nécessairement toujours, parce qu'il est le plus souvent impossible d'empêcher l'urine de s'échapper de temps à autre en quantité plus ou moins considérable par la fistule. Elle ne s'appliquerait pas aux fistules longitudinales dont le tampon tendrait à écarter les bords en repoussant la cloison de bas en haut. C'est surtout aux fistules de formation récente, ou encore incomplétement organisées, qu'il convient d'en faire l'application. Si la sonde demande de la surveillance, le tampon exige aussi que l'on prenne quelques précautions pour que la compression ne soit pas douloureuse, et qu'il ne s'altère pas dans le vagin, si l'urine venait à le pénétrer. Employés seuls, ces moyens ne sont pas d'une grande valeur. Il n'en est pas de même si on les considère

comme adjuvants d'une autre opération ; il faut même dire que la sonde à demeure fait partie de toutes celles dont je dois parler. Quant au tampon, d'un usage moins fréquent, moins indispensable, il peut servir cependant quelquefois à soutenir des lambeaux appliqués, plus souvent à aider à rapprocher et à maintenir en contact les lèvres de la fistule après l'avivement ou la cautérisation. Il me semble, toutefois, qu'au lieu de se servir d'un tampon unique, et poussé de bas en haut, à la manière de Desault, on atteindrait plus facilement le but en se servant du double tampon imaginé par J.-L. Petit contre les hémorrhagies, suite des opérations pratiquées sur l'intestin rectum ; c'est-à-dire, qu'un premier tampon, ni trop dur, ni trop mou, et solidement lié par un double fil passé en croix, est porté dans le vagin au-dessus de la fistule, pendant que les fils sont maintenus au dehors de la vulve, et engagés à travers un second tampon de charpie qui est poussé de bas en haut dans le vagin, pendant que le tampon supérieur est amené par le fil, sur lequel on tire en même temps de haut en bas. De cette façon les deux lèvres de la fistule, pressées entre deux puissances qui agissent en sens inverse, sont amenées à la rencontre l'une de l'autre, et peuvent être maintenues par une pression plus ou moins considérable.

M. Jules Cloquet, persuadé que le contact continuel de l'urine avec les lèvres de la fistule constitue le principal obstacle à leur agglutination, s'est servi d'un syphon inspirateur pour pomper toute l'urine

dans la vessie. Je ne sache pas qu'il ait obtenu de succès. M. Giroux, de Buzareingues, s'est proposé de remplir le même but, au moyen du vide qu'il opère sur les lèvres de la fistule, à l'aide du syphon de M. J. Cloquet. Par ce procédé les lèvres, avivées par la cautérisation, se tuméfieraient et s'appliqueraient exactement l'une contre l'autre, de telle sorte qu'elles s'opposeraient entièrement à la sortie de l'urine, et, suivant M. Giroux, seraient placées dans des circonstances avantageuses pour la cicatrisation. Ce moyen, fort ingénieux, pour lequel il a fait une série d'expériences, a été employé dans deux cas. Il est à regretter que M. Giroux n'ait pu suivre plus longtemps les malades chez lesquelles il dit avoir obtenu une diminution notable dans l'étendue des fistules. Dans ce procédé, l'écoulement des urines se fait au moyen d'une sonde placée à demeure dans la vessie, et tenue continuellement ouverte. L'expérience n'a pas encore jugé sa valeur.

Je lis, dans un des derniers numéros de la *Lancette française* « que M. Reid vient de présenter, en Angleterre, un nouvel instrument, extrêmement simple, à l'aide duquel il dit avoir guéri une fistule vésico-vaginale existant depuis cinq ans. Cet instrument consiste en une bouteille en caoutchouc, ayant un long goulot fermé, et assez souple pour pouvoir être distendu ou affaissé à l'aide d'un robinet à air, auquel on adapte une seringue. Lorsqu'il est distendu, l'instrument a la forme d'un pessaire. On l'introduit vide d'air, on adapte le goulot dans l'ouverture fistuleuse,

et on le distend ensuite peu à peu, à l'aide de la seringue, de manière à convertir le goulot en bouchon parfait et très-serré ; aucune goutte de l'urine ne s'échappe plus par l'ouverture, au dire de l'auteur. Ce liquide détourné de la voie accidentelle, celle-ci commence à se rétrécir naturellement ; le goulot est rendu, après quelque temps, de moins en moins volumineux, et enfin l'infirmité disparaît complétement. »

On comprend qu'on ne saurait juger un pareil fait sans de nouvelles observations et de nouvelles expériences ; l'innocuité de l'opération doit engager à les tenter.

CAUTÉRISATION.

Il était naturel de songer à employer la cautérisation contre les fistules dont il est ici question ; aussi a-t-elle été souvent mise en usage, et vantée peut-être outre mesure. C'est un moyen commode, moins douloureux, moins effrayant pour la malade, même lorsqu'on la pratique avec le fer rouge, qu'une opération sanglante. S'il échoue une première fois, il laisse la fistule dans un état peu différent de celui où elle était d'abord, et, par conséquent, peut être employé de nouveau. A part les résultats de l'expérience, ces motifs étaient déjà suffisants pour donner des défenseurs à la cautérisation.

Voici comment on la pratique. La malade doit être placée sur le bord d'un lit, les cuisses écartées, le siége un peu élevé. Quelques chirurgiens préfèrent

que le ventre soit en bas et le siége en haut, afin de pouvoir ainsi plus facilement découvrir l'orifice fistulaire, et y porter le caustique avec plus de sûreté. On introduit un spéculum, dont le choix a dû être préalablement déterminé, d'après la forme et le siége de la fistule. Dupuytren se servait ordinairement d'un spéculum échancré et taillé en bec de flûte, dont l'ouverture venait correspondre à la fistule. Un spéculum plein, fendu sur la face supérieure, ou bien, comme le conseille M. Velpeau, un spéculum brisé ordinaire peut être tout aussi commode, et il sera facile au chirurgien d'atteindre les deux buts suivants : mettre à découvert l'orifice fistuleux; protéger les parties saines et voisines contre l'action du caustique. Cela étant fait, on dirige sur l'ouverture le bouton ou la pointe d'un cautère chauffé à blanc, ou bien un crayon de nitrate d'argent, ou enfin un pinceau trempé dans un caustique liquide. Ensuite, on pousse une ou deux injections d'eau tiède, avant de retirer le spéculum, et l'opération est terminée. On voit qu'elle est simple; mais j'ai besoin de revenir sur quelques-unes de ses particularités.

Si l'on a fait choix du cautère actuel, il faut avoir soin d'employer un bouton dont la forme soit accommodée à celle de l'orifice fistuleux. Pour des fistules circulaires et très-étroites, une simple tige arrondie et recourbée du bout pourra être suffisante. Pour celles qui sont elliptiques soit en travers, soit en long, il faut un bouton renflé et ovalaire qui puisse, autant que possible et du même coup, re-

couvrir tout l'orifice en en dépassant un peu les lèvres. Le cautère dont se servait Dupuytren présentait une tête en forme de haricot, supportée à angle droit sur une tige (*cautère en haricot*). On conçoit que le bouton devra toujours être recourbé sur la tige, car, ainsi, il est bien plus facile de le diriger sur la surface qu'on veut cautériser; mais, d'autre part, il ne faut pas oublier que la partie droite de l'instrument doit jouer librement dans la cavité assez étroite du spéculum, en sorte que l'inclinaison de l'une sur l'autre ne doit pas être trop considérable.

L'application d'un cautère potentiel demande aussi certaines précautions. Je suppose qu'il s'agisse de porter le nitrate d'argent; il ne faudrait pas se servir du porte-crayon ordinaire, qui, étant droit, arriverait nécessairement obliquement sur l'orifice fistuleux, et n'en toucherait que la surface, et encore incomplétement. Mais on fixera le crayon à angle droit sur une pince à anneaux, de façon que le caustique arrive perpendiculairement sur la fistule. D'ailleurs, on aura soin de fixer solidement le nitrate, afin qu'il ne puisse s'échapper ou se déplacer. On aura soin encore d'avoir un crayon bien taillé, pour remplir le plus exactement possible l'ouverture fistuleuse. Pour les fistules elliptiques et étendues, il ne suffira point d'appliquer le nitrate, il faudra le promener sur tout le pourtour des lèvres, et les toucher dans toute leur circonférence. Ce sera surtout après la cautérisation par le nitrate d'argent et autres caustiques potentiels, qu'il sera bon de laver le vagin

à grande eau, pour entraîner les portions non dissoutes du caustique.

Les applications de caustiques liquides, celle du nitrate acide de mercure, par exemple, ne présentent ici rien de particulier. On les fait en portant dans la fistule un pinceau imbibé de liquide caustique.

Les effets primitifs d'une première cautérisation varient d'intensité, suivant qu'on a eu recours au cautère actuel ou au potentiel. Dans le premier cas, il se forme une véritable eschare à toute la circonférence de l'ouverture; celle-ci se gonfle, se boursoufle et se rétrécit quelquefois au point de faire disparaître l'orifice, s'il est de petit diamètre. Cette coarctation peut avoir lieu, même à l'instant où on vient d'appliquer le cautère : chez une malade opérée par Dupuytren (Observ. du mémoire manuscrit de M. Marx), un jet d'urine avait été lancé avant l'application du fer rouge, et aussitôt après cette application, le jet de liquide s'arrêta; « l'on put voir très-distinctement que « cela était dû à la formation d'une eschare qui bou- « chait complétement le trou fistuleux. » Au reste, cette coarctation est plus souvent secondaire que primitive; elle arrive après la période inflammatoire qui suit nécessairement l'application du cautère, et, momentanément au moins, la fistule est diminuée ou même effacée. Dans la cautérisation par le nitrate d'argent, il y a ou il n'y a pas formation d'une eschare, suivant la profondeur à laquelle a pénétré le caustique, mais le gonflement n'en arrive pas moins, et à sa suite, la coarctation de l'orifice. Celui-ci est

donc encore diminué, et tend même à se fermer par le rapprochement des lèvres opposées de l'ouverture.

Dans cet état il peut arriver deux choses : ou bien, que l'occlusion persiste pendant un nombre assez considérable de jours, ou bien, que, dès le lendemain ou le surlendemain de l'opération, l'urine reprenne son cours par l'ouverture : dans certains cas extrêmement rares, la guérison a pu être définitive après une seule cautérisation ; il n'est pas besoin de dire que c'était pour des fistules très-étroites et avantageusement placées. Lorsque la cautérisation a produit un bon résultat momentané, l'urine s'échappe par la sonde placée à demeure dans la vessie par l'urèthre, et rien ne sort par la fistule. La malade doit être tenue au lit parfaitement immobile, et je préfère la position horizontale sur le ventre, si elle peut être supportée. On veillera attentivement à ce que la sonde ne se déplace point, et ne s'engorge pas; une légère injection émolliente remédierait à ce dernier inconvénient. Malgré toutes ces précautions, presque toujours, à une époque qui varie entre trois et six ou sept jours, on voit suinter quelques gouttes d'urine par le vagin, et bientôt la fistule a reparu. C'est le moment recommandé pour faire une nouvelle cautérisation. Ordinairement alors, l'orifice a diminué de diamètre, et on a par conséquent obtenu une amélioration. Mais si, dès le lendemain ou le surlendemain de la première cautérisation, l'urine trouve issue par l'ouverture fistuleuse, le cas est plus malheureux, et on peut se décider à cautériser de nouveau tout de suite, ou on

attend, d'après l'état de santé de la malade. Il vaut cependant mieux ne pas retarder cette seconde époque, parce que, comme l'irritation n'a probablement pas été assez forte la première fois, on aurait ainsi plus de chances de la porter à un degré convenable.

Quoi qu'il en soit, il faut se garder, tant que l'urine n'a pas reparu par la fistule, de renouveler la cautérisation ; en le faisant, on interromprait un travail qui s'annonce bien, et on risquerait de détruire une cicatrice commencée. Les cautérisations secondaires seront pratiquées comme la première.

Après avoir indiqué cette marche du travail qui suit l'application des caustiques, j'ai maintenant à examiner la valeur de ce moyen, et à rechercher deux points : 1° si une méthode de cautérisation est préférable aux autres ; 2° si, en elle-même, la cautérisation est utile, et simplement utile, ou suffisante pour amener la guérison.

1° Il est incontestable que le cautère chauffé à blanc remplit mieux le but qu'on se propose qu'un cautère potentiel. Que veut-on obtenir, en effet ? D'abord aviver les lèvres de l'ouverture fistuleuse, et ensuite y produire un travail de cicatrisation adhésive ; or, on sait déjà que l'ustion est très-favorable à la formation du tissu inodulaire ou cicatriciel ; aucun caustique ne saurait le lui disputer à cet égard. Delpech a tiré parti de cette circonstance pour préconiser la cautérisation par le fer rouge dans le cas en question. Malgré la propriété reconnue au nitrate d'argent de modifier les plaies d'une manière favorable à la cica-

trisation, que cette propriété dépende uniquement de l'inflammation produite par l'application de ce caustique, ou d'une vertu particulière, elle n'est pas égale à l'action du fer rouge. D'autre part, attendu que la circonférence d'une fistule un peu ancienne est dure, calleuse, et fort résistante, il arrivera, dans ces cas, que le nitrate d'argent ne pourra l'entamer dans toute son épaisseur, et bornera souvent son effet à la surface des lèvres de l'orifice; alors il faudra nécessairement y avoir recours un grand nombre de fois. Au contraire, le cautère actuel, convenablement employé, attaquera profondément toute l'épaisseur des bords fistuleux, et l'avivement sera, par conséquent, achevé du premier coup, et complet. Sous ce double rapport, même *à priori*, la cautérisation avec le fer rouge paraît donc l'emporter sur celle par le nitrate d'argent et les autres caustiques.

Mais une considération qui peut modifier cette conclusion est la suivante : le nombre des cas sera bien petit, où une seule cautérisation sera suffisante pour amener une guérison définitive; il faudra presque toujours y avoir recours plusieurs fois. Par cela même que l'application du cautère actuel attaque plus profondément les bords de la fistule, et les mortifie véritablement, en produisant une eschare, il peut résulter, à la chute de celle-ci, si le travail de cicatrisation adhésive manque son effet, que l'ouverture fistuleuse soit agrandie. L'action du nitrate d'argent, qui, d'ordinaire, ne donne lieu qu'à une eschare superficielle et peu profonde, a moins de chances pour produire

cet inconvénient, fort grave, on le conçoit; c'est donc là une circonstance avantageuse pour le second moyen, et défavorable au premier. Il me semble, en conséquence, que la cautérisation avec le nitrate d'argent devra surtout être employée pour les fistules un peu étendues, et qui paraîtront devoir réclamer plusieurs applications du caustique; et j'aimerais mieux faire usage du cautère actuel pour les fistules très-étroites, et situées peu profondément. En ces cas déterminés, le fer rouge me paraît préférable, parce que, ainsi que je l'ai déjà dit, il agit plus sûrement sur toute l'épaisseur des lèvres de l'orifice, et provoque un travail de cicatrisation plus complet. Du reste, l'application bien faite de ce moyen n'est pas aussi facile qu'on pourrait le croire : il faut agir sur la circonférence de la fistule jusqu'à un certain point seulement; si la cautérisation était trop intense, elle occasionnerait, ou bien une eschare trop considérable, ou bien, après la chute de l'eschare, une inflammation qui, dépassant les limites de l'inflammatio nadhésive, amènerait une suppuration; alors la réunion devrait être nécessairement secondaire, et manquerait presque toujours. Si je ne me trompe, cette dernière cause est une de celles qui ont fait échouer souvent la cautérisation par le fer rouge; elle prouve que celle-ci ne saurait être pratiquée indifféremment d'une manière ou d'une autre. Il faudra avoir un cautère chauffé à blanc, exactement moulé sur la forme de la fistule, et l'appliquer rapidement, également, et une seule fois sur l'ouverture.

Dans la comparaison que j'ai cherché à établir entre les modes divers de cautérisation, j'ai surtout opposé celle avec le nitrate d'argent, à l'emploi du cautère actuel. Il me resterait à parler de quelques autres caustiques potentiels, tels que le nitrate acide de mercure; mais ils sont bien inférieurs au nitrate d'argent.

2° On ne saurait nier que la cautérisation ne soit un moyen utile; la discussion dans laquelle je vais être obligé d'entrer tout à l'heure va le mettre hors de doute : même la critique la plus sévère doit admettre, chez bon nombre de malades, une amélioration notable par l'emploi de ce moyen. Mais il n'est pas aussi facile de s'entendre sur le second point de ce paragraphe, savoir : si la cautérisation peut suffire dans la curation des fistules vésico-vaginales. Avant d'entamer ce débat, j'ai besoin d'exprimer une opinion, qui s'applique également à toutes les méthodes de traitement employées contre les fistules vésico-vaginales. De tout temps, sans doute, cette affection a été très-difficile à guérir radicalement; l'étendue de cette thèse et la complication des moyens proposés le démontrent suffisamment. Mais il semble que ce soit surtout très-récemment qu'on ait cherché à établir cette vérité. Depuis quelques années, la critique mise en éveil par de nouvelles méthodes de traitement, désespérée, peut-être, des insuccès de nouveau signalés, s'est livrée à une investigation rétrospective sur les faits antérieurs. Ici, trouvant beaucoup d'observations peu détaillées, remarquant

d'ailleurs qu'en cette affection la cure peut être temporaire et non définitive, elle s'est laissée aller au doute sur la réalité de plusieurs guérisons ; et cette défiance s'est étendue, non-seulement sur les fistules situées au bas-fond de la vessie, mais même sur celles du col vésical. En cet état de choses, la position d'un homme obligé de se prononcer est difficile et délicate. En effet, il se trouve placé entre les allégations de chirurgiens habiles et consciencieux, qui affirment avoir guéri ou vu guérir des fistules vésico-vaginales par la cautérisation, et entre les preuves scientifiques, qui peut-être ne sont pas suffisantes. On a fait remarquer que la plupart des observations manquent de détails très-circonstanciés, et ne fournissent pas de renseignements précis sur l'état de la maladie à une époque assez éloignée, pour faire croire à une guérison radicale. Il est possible que, si les observateurs avaient prévu ce genre de critique, ils y eussent répondu par les faits eux-mêmes ; mais aujourd'hui nous sommes obligés d'accepter ces derniers tels qu'ils existent. Je vais les passer en revue.

Les diverses observations de Dupuytren se trouvent réunies dans un mémoire encore inédit, dont je dois la communication à la bienveillance de M. Marx. J'y trouve trois cas où des fistules vésico-vaginales furent traitées par la cautérisation. La maladie était survenue, chez les trois femmes, à la suite de l'accouchement. Chez l'une, la fistule était transversale et avait 5 à 6 lignes d'étendue; chez une

autre, elle était encore transversale, et on ne dit pas au juste son diamètre; chez la troisième, elle était complétement circulaire, et pouvait admettre une petite bougie. Dans le premier cas, elle siégeait à la jonction de l'urèthre au col de la vessie; dans le second, elle est notée comme appartenant au basfond (à l'endroit où la vessie cesse de correspondre au col utérin); dans l'autre, au col vésical. La cautérisation fut faite chez les trois malades avec le fer rouge. Chez celle dont la fistule siégeait au basfond, après la première cautérisation, l'urine cessa, pendant onze jours, de couler par le vagin; mais à cette époque, la malade s'étant levée et ayant marché, la cicatrice se rompit; le repos ne fut pas suffisant, on cautérisa une seconde fois; l'urine ne reparut plus : il resta une incontinence d'urine qui ne céda, après deux mois, qu'à l'usage des bains froids. Pour la fistule large de six lignes, située entre l'urèthre et le col, on fit vingt et une fois l'application du fer rouge, dans l'espace de dix mois : il y eut simple amélioration; la malade pouvait retenir ses urines pendant trois heures. Enfin, pour l'autre cas, sortie guérie une première fois, la malade serait rentrée à l'hôpital avec un retour de la fistule; une cautérisation fit cesser l'écoulement de l'urine, qui n'avait pas reparu lors de la seconde sortie de la malade (elle fut cautérisée le 13 octobre, et sortit le 7 novembre). A ces trois observations de Dupuytren, j'ajoute celle de Delpech, et, vu son grand intérêt, je la rapporte en entier.

Fistule vésico-vaginale. — Cautérisation. — Guérison par Delpech.

« B. R..., femme grande et robuste, eut à dix huit ans un accouchement des plus pénibles, et dans lequel le médecin fit inhabilement l'application du forceps, au moyen de quoi pourtant la femme fut délivrée. Une maladie des plus graves succéda aux violences que B. R... avait essuyées; on remarqua qu'elle perdait involontairement son urine, qui, distillant sans cesse dans le vagin, humectait continuellement ce canal, la vulve, les cuisses, les fesses, dissolvait l'épithélium des membranes muqueuses, l'épiderme de la peau. Le corps réticulaire, ou le tissu dermoïde de ces membranes, était dans un état habituel d'inflammation ou d'ulcération; les sels urineux s'attachaient à l'état solide, aux parois du vagin, à la vulve, aux parties environnantes. Alors survenaient des érysipèles symptomatiques, dont les exsudations détachaient ces concrétions, et chacun de ces événements donnait lieu à une fièvre, constituait une nouvelle maladie, qui s'aggravait souvent par de nouvelles sympathies.

« Le danger fut imminent pendant deux années, la troisième il diminua; les parties s'étaient comme accoutumées au contact de l'urine, les concrétions étaient moins considérables. En deux ans de soins on parvint à diminuer l'inflammation des parties, et l'incontinence de l'urine. La fistule n'en laissait échap-

per que peu, des coarctations étendues avaient rapproché ses bords, mais sans les réunir. D'ailleurs, la malade avait étudié avec soin le régime qui lui convenait; elle avait aussi remarqué que l'incontinence d'urine était d'autant plus grande, que son embonpoint était moindre. En somme, son état était supportable.

« Mais, à l'âge de quarante-huit ans, force lui fut de se faire soigner. Elle avait eu plusieurs accouchements qui n'avaient aggravé son état que momentanément; mais au moment où elle vint à Montpellier pour être traitée, l'éponge, qui jusque-là avait dissimulé son infirmité, ne lui suffisait plus, elle était obligée de se garnir de linges. Il existait au fond de la vessie, à un pouce en arrière du pubis, une ouverture capable d'admettre le doigt indicateur; ses bords étaient épais, garnis d'un bourrelet inégal, et de rides assez profondes. La disposition était telle, que, par une compression oblique de bas en haut, comme était sans doute celle de l'éponge, on faisait recouvrir une partie de l'ouverture par deux mamelons assez saillants.

« Nous formâmes alors le projet d'essayer sur elle les effets de la brûlure, et de la coarctation consécutive des organisations inodulaires qu'elle provoque. En conséquence, le 2 mai 1830, la malade étant disposée comme pour subir l'opération de la taille, et solidement contenue par des aides vigoureux, nous introduisîmes dans le canal de l'urèthre une sonde de femme, enveloppée d'une bandelette de linge, mouil-

lée et graissée; notre but était de vider la vessie, d'en déprimer vers le bas la région de la perforation, et d'employer, à cet usage, un corps moins bon conducteur du calorique que ne l'eût été un tube métallique nu.

« Un spéculum utérin à charnière fut introduit dans la vulve et le vagin, jusqu'à la matrice, le bord libre des deux valves tourné vers la vessie. Cet instrument, étant ouvert, mit à découvert le fond de la vessie, et sa perforation. En imprimant alors à l'algalie un mouvement de bascule, nous fîmes proéminer dans l'ouverture du spéculum la perforation de la vessie; par ces dispositions, les parois postérieure et latérales du vagin étaient protégées, et la région perforée de la vessie était seule à découvert.

« Alors nous portâmes un cautère actuel chauffé à blanc, disposé en fer de lance, épais et recourbé à son extrémité seulement, jusque dans l'ouverture de la vessie, en ayant soin de lui faire parcourir tous les points de la circonférence; l'instillation de quelques gouttes d'urine ayant éteint le cautère, on le remplaça par un autre, que l'on promena dans l'ouverture vésico-vaginale. La douleur fut vive, mais elle se dissipa au bout de deux heures; nous ne fîmes rien pour la modérer, ses effets étaient ce que nous cherchions.

« Les quatre jours suivants, il y eut de la fièvre, du gonflement à l'intérieur du vagin; il ne paraissait presque pas d'urine dans le vagin, elle était presque complétement soutirée par une sonde en gomme

élastique placée à demeure. On voit qu'ainsi le gonflement que la brûlure avait provoqué avait son foyer principal au tour de la fistule, et suffisait pour en maintenir les bords rapprochés, et en contact assez exact.

« Le cinquième jour, avant de changer la sonde, dans la crainte des incrustations, on s'assura de l'état des choses : le gonflement avait diminué ; on entraîna hors du vagin une eschare volumineuse, pénétrée de concrétions urinaires. Le contour de l'ouverture était garni d'une couche pulpeuse, molle, probablement formée par des bourgeons celluleux ; le diamètre de la perforation semblait diminué ; néanmoins, la sonde ne soutirait presque pas d'urine ; il en passait beaucoup par le vagin.

« Pendant les douze jours suivants, la cicatrisation marcha d'abord assez vite, puis elle parut vouloir s'arrêter ; on se décida à cautériser de nouveau.

« Le dix-septième jour, la malade étant disposée comme la première fois, on appliqua de même un seul fer rouge qui remplissait à la fois toute l'ouverture. La douleur fut plus longue, la nuit fut agitée, la fièvre s'alluma presque aussitôt ; mais ces conséquences furent de courte durée, et dès le lendemain elles étaient presque effacées. Cette fois, la sonde soutira la totalité des urines jusqu'au vingtième jour ; elles reparurent ensuite au vagin pendant six jours, mais en petite quantité. En changeant la sonde, le vingt-cinquième jour, nous ne rencontrâmes pas d'es-

chare, preuve qu'elle avait été bien plus légère; l'ouverture était extrêmement rétrécie.

« Le trente-troisième jour, il ne passait rien par le vagin, même quand la malade faisait des mouvements dans son lit ou qu'elle toussait : cependant l'ouverture, bordée de grosses rides, n'était fermée que par l'application mutuelle de ces plis; lorsqu'on les écartait, on faisait encore couler de l'urine.

« Le quarante-quatrième jour, les rides étaient fort aplaties, le contour formait un ombilic, au centre duquel un stylet à bouton pouvait encore pénétrer. Nous étions munis d'une algalie d'homme au bout de laquelle était soudé un porte-crayon, chargé de nitrate d'argent fondu. Nous garnîmes notre doigt indicateur gauche d'un doigt de gant : nous le portâmes par le vagin, jusque sur ce qui restait de la perforation, la région palmaire tournée en dedans. Ce doigt étant alors à moitié fléchi, son extrémité seule se trouva appuyée, et le sinus que formait le reste de la face palmaire servit à glisser le porte-pierre le long du doigt, jusqu'à ce que le caustique pût être appuyé sur le point central de la perforation, où il pénétra facilement. Ce léger contact suffit : nous retirâmes le caustique avec les mêmes précautions.

Cette fois, on n'observa ni gonflement passager, ni retour temporaire de l'instillation vaginale; la sonde déposa toute l'urine dans l'urinal, et deux jours après on put supprimer la sonde sans que l'urine reparut dans le vagin. Alors le toucher faisait sentir au fond de

la vessie une surface boursouflée, ridée, peu sensible au toucher, et sans solution de continuité.

« Trois mois après, cette femme s'est éloignée de nous parfaitement guérie; nous avions fait constater son état par plusieurs personnes qui avaient assisté à l'opération, et par un jeune médecin anglais très-distingué. »

Voici un autre fait consigné dans le *London medical repository*, tom. XXIX.

OBSERVATION.

« Le sujet de cette observation est une jeune femme, qui, dix-huit mois auparavant, était accouchée de son premier enfant, après un travail de huit jours. La pression exercée sur le col de la vessie et la partie postérieure de l'urèthre avait été suivie de la gangrène de ces organes, qui présentaient une forte perte de substance, assez étendue pour permettre facilement l'introduction de deux doigts dans l'ouverture fistuleuse. Il y avait incontinence d'urine, quelle que fût la position que prenait la malade. La fistule était située trop haut pour qu'on pût avoir recours à l'emploi des sutures; on appliqua le cautère actuel sur ses bords, à l'aide du spéculum vaginæ; l'opération fut six fois répétée, en laissant entre chacune huit ou douze jours d'intervalle : la légère douleur qu'elle entraînait à sa suite cédait promptement à l'emploi des bains chauds. La malade retira de ce traitement un avantage très-marqué; elle n'é-

tait plus affligée par l'incontinence d'urine quand elle restait debout, assise et couchée, et quand elle marchait, elle pouvait retenir l'urine dans la vessie pendant quelques minutes. »

J'ai trouvé un autre exemple de fistule, traitée et guérie par M. Bellini (*Journal des progrès*, t. V), mais il est beaucoup trop peu détaillé pour avoir une valeur réelle. Je ne rapporte pas non plus le cas de M. Taillefer, parce qu'on y eût en même temps recours à une pince érigne. Je termine par deux observations empruntées à M. Dieffenbach.

« Une femme d'une faible constitution, âgée de cinquante ans, vint réclamer mes soins pour une fistule vésico vaginale toute particulière; elle n'était pas la suite d'un accouchement, mais de la rupture d'une tumeur dans le vagin. L'orifice externe était placé à un demi-pouce derrière le clitoris. Une bougie élastique de petit calibre pénétrait obliquement et en arrière dans la vessie, l'urine était rendue d'une manière intermittente, et la malade restait quelquefois plusieurs jours sans en rendre par le trajet fistuleux. Je parvins à la guérir par des lotions et des injections avec la décoction de camomille, et par la cautérisation des bords avec la teinture de cantharides; la sonde étant en même temps maintenue en place. »

« J'ai eu également du bonheur dans un second cas, qui était semblable au premier déjà cité : il était vrai-

ment aisé. Une fistule vésico-vaginale, s'ouvrant à un pouce en arrière du clitoris, avait été le résultat d'un travail pénible chez une femme âgée de trente ans. Le trajet se dirigeait obliquement en arrière, et communiquait avec la vessie elle-même, comme je m'en convainquis par un examen attentif. Dans ce cas aussi, le passage de l'urine à travers la fistule était seulement intermittent. J'employai successivement pendant cinq semaines les lotions de décoction de camomille, et la cautérisation avec la teinture de cantharides, mais sans aucune amélioration. Alors je fendis hardiment la portion la plus antérieure du trajet fistuleux, et je la réunis avec un point de suture; une sonde fut placée dans la vessie, et l'on fit de fréquentes lotions d'eau froide sur les parties. Cependant le huitième jour, le fil ayant divisé les lèvres de la blessure, et quelques gouttes de pus mêlées d'urine ayant coulé, des cataplasmes chauds, avec des fomentations de camomille, furent appliqués immédiatement sur les organes génitaux. Après un intervalle de huit jours, je commençai par exciter le trajet de la fistule: par ce moyen, l'orifice fistuleux fut fermé au bout de quatre semaines. Cependant peu de temps après, une petite quantité d'urine s'échappa à travers une ouverture qui était presque imperceptible. Je dilatai ce petit canal avec une corde à boyau fine, et j'eus assez de bonheur pour obtenir à la longue son obstruction, en excitant ses bords avec la teinture de cantharides concentrée.»

Comment faut-il interpréter ces faits relativement à la valeur de la cautérisation ? Ceux de Dupuytren sont précis ; mais la guérison, donnée comme radicale pour deux malades, n'a pas été vérifiée assez longtemps après l'opération, pour éloigner toute possibilité d'une récidive. Le succès obtenu par M. Bellini n'est peut-être pas suffisamment démontré ; d'une autre part, Dupuytren a échoué chez l'une de ses trois malades, même de l'aveu de ses collaborateurs ; Earle aurait aussi échoué, d'après M. Velpeau.

Il faut penser, en définitive, que la cautérisation, soit avec le fer rouge, soit avec le nitrate d'argent, est un bon moyen. Employée avec méthode, elle peut au moins améliorer l'état de la fistule, et, aussi quelquefois, elle a procuré une guérison radicale. Si les observations de Dupuytren manquent, pour quelques esprits, de certains détails suffisants, que peut-on reprocher à celle de Delpech ? A moins de soupçonner la bonne foi de ce dernier chirurgien, à moins de croire, comme on l'a donné à entendre, qu'il a pu se laisser aveugler par le désir d'étayer sa théorie sur la cicatrisation, il faut admettre l'histoire de sa malade comme un bel exemple de guérison ; et pour moi, je repousse les deux fins de non-recevoir sus-indiquées.

Cependant, on doit s'y attendre, assez rarement la cautérisation pourra être suffisante : convenable pour les fistules récentes et étroites, elle le sera d'autant moins que la maladie sera plus large et plus ancienne.

Je vais achever d'exposer ma manière de voir à l'égard de la cautérisation.

1° Si la fistule est étroite et peu ancienne, on cautérisera avec le nitrate d'argent; on préférera le fer rouge, si les bords sont durs et calleux. Sous l'influence de ce mode de traitement, l'orifice ayant diminué de diamètre, on continuera les cautérisations à différents intervalles, et un nombre de fois qu'on ne peut déterminer à l'avance; dans le cas même où il n'y aurait eu d'abord aucune amélioration, il ne faudrait pas se hâter de renoncer aux caustiques. Le chirurgien ne doit pas oublier, en effet, qu'ils déterminent moins d'accidents, et exposent moins à un agrandissement de l'ouverture fistuleuse que l'application d'un instrument après avivement. Il ne doit pas oublier non plus qu'on peut revenir plusieurs fois à la cautérisation, et que, au contraire, l'insuccès d'une autre opération laisse la maladie dans un état pire que celui où elle était avant. Ce dernier motif, que je regarde comme important, est d'ailleurs souvent pris en considération en chirurgie.

2° Si la fistule est large, les autres méthodes de traitement sont plus rationnelles; mais néanmoins on pourra encore commencer par essayer la cautérisation.

3° Après une autre méthode qui n'aura pas complétement réussi, les caustiques seront utiles pour fermer définitivement la fistule.

4° On pourra donc combiner la cautérisation avec les autres méthodes, et aussi les divers modes de cau-

térisation entre eux, comme on le voit dans plusieurs observations.

SUTURE.

J.-L. Petit rapporte que, dans une consultation nombreuse pour une fistule vésico-vaginale, un seul chirurgien proposa la suture; mais que, lui ayant fait sentir non-seulement la difficulté de faire cette opération dans un lieu si profond et si caché, mais aussi la nécessité de rafraîchir les bords dans toute la circonférence du trou, et l'impossibilité de l'exécuter autrement, il se rendit au sentiment commun des consultants, qui était de s'en tenir aux moyens palliatifs. Si les raisons données par Petit n'ont plus aujourd'hui la même valeur qu'à l'époque de ce grand chirurgien; si l'invention des différents spéculums, et des instruments aussi ingénieux que variés, imaginés, soit pour exécuter l'avivement de la fistule, soit pour porter des ligatures, ont fait disparaître une partie des difficultés, il n'en faut pas moins convenir qu'il existe encore plus d'un obstacle à surmonter, et que la disposition anatomique des parties place cette opération au nombre des plus difficiles, des plus délicates à exécuter, et de celles dans lesquelles, les règles étant le moins invariables, le chirurgien se trouve le plus souvent abandonné aux ressources de son esprit inventif. Les observations que je rapporterai ultérieurement mettront en lumière ces propositions, en même temps qu'elles serviront à exposer

les ressources que l'art possède sur cette partie des opérations. C'est surtout par les chirurgiens de notre siècle que les sutures du vagin et de la vessie ont été employées et variées sous toutes les formes; par elles, on se propose de rapprocher et de maintenir en contact les bords de l'ouverture fistuleuse, afin d'en obtenir la réunion, l'adhésion : mais cette réunion ne saurait s'opérer, si préalablement on n'avait fait subir aux lèvres de la fistule, et dans toute leur étendue, des changements qu'on obtient à l'aide d'une autre opération, l'avivement. L'avivement des bords de la fistule, et leur rapprochement par la suture, constituent le plus ordinairement deux temps de la même opération : tantôt on se propose d'obtenir la réunion immédiate par première intention, tantôt c'est par l'accolement, l'agglutination des bourgeons charnus qu'on cherche à obtenir l'occlusion de la fistule ; dans d'autres cas, enfin, la suture n'est qu'un des moyens dont on se sert pour amener et maintenir au contact un lambeau, un bouchon, dont on veut se servir pour obturer l'ouverture fistuleuse. Ce n'est pas sous ce dernier point de vue que je veux envisager ici la suture ; il en sera question dans un autre chapitre de cette thèse. N'omettons pas de dire que, dans tous les cas, on a, soit avant, soit aussitôt après l'opération pratiquée, rendu libre et facile l'issue de l'urine par les voies naturelles, au moyen d'une sonde largement ouverte, ou d'un siphon convenablement adapté, et cela dans le but d'empêcher l'écartement de la fistule par le passage de l'urine entre ses bords;

et de soustraire la plaie récente au contact de ce liquide. Mais nous verrons combien il est difficile d'obtenir ce résultat important.

Avivement.

L'avivement a été pratiqué avec l'instrument tranchant, avec le cautère actuel, avec les caustiques et les escharotiques. Quand on s'est servi de l'instrument tranchant, on a eu recours, tantôt au bistouri, tantôt aux ciseaux, et la forme de ces instruments a été infiniment variée. On s'est servi du bistouri droit boutonné ordinaire, du bistouri caché particulier de M. Nœgelé, de celui à chappe de Flamant, de scalpels, coudés sur leur manche à angle droit, de ciseaux également coudés, et de quelques autres instruments qui ne sont pas d'une grande importance dans mon sujet. Un des points les plus difficiles de ce temps de l'opération est de mettre à découvert la fistule, et d'en atteindre les bords avec l'instrument.

La position à donner à la malade est celle que j'ai déjà indiquée : c'est également en se servant du spéculum, de doigts d'aides intelligents, qu'on parvient à découvrir convenablement la fistule pour en saisir les bords et en retrancher la partie calleuse. On s'est servi de différents moyens, et on comprend qu'ils ont dû varier suivant le siége plus ou moins profond, suivant l'étendue, la direction, et l'état de simplicité ou de complication de la fistule. On s'est servi du doigt recouvert d'un doigtier en peau, sur lequel

on a pratiqué la résection, après avoir engagé ce doigt par le vagin dans la vessie, sous les bords de la fistule. On en trouve un exemple dans l'observation de M. Malagodi.

OBSERVATION.

Suture du vagin et de la vessie dans un cas de fistule vésico-vaginale, par M. Malagodi, de Bologne (*Gazette de santé*, 15 août 1829, d'après le *Racoglitor medico*, 6 juillet 1829).

Marie Reggiani, âgée de vingt-deux ans, portait, depuis son premier accouchement, qui avait été très-laborieux, une fistule vésico-vaginale longitudinale, par l'ouverture de laquelle un doigt pouvait pénétrer facilement dans la vessie. Après avoir employé pendant huit mois tous les moyens suggérés par l'art, elle alla à Bologne se confier aux soins de M. Malagodi, qui la soumit, le 28 août 1828, à l'opération suivante. Le chirurgien plaça la malade dans la position d'usage pour l'opération de la taille. Il introduisit l'index de la main droite, recouvert d'un doigtier en peau, dans l'ouverture fistuleuse, fléchit les deux dernières phalanges en guise de crochet, et amena le plus possible, en tirant en bas, le bord calleux gauche de cette ouverture à l'orifice du vagin. Il prit alors, de la main opposée, un bistouri droit, et coupa sur son doigt, au moyen d'une incision semi-lunaire, le bord qu'il avait fait saillir. Il répéta la même opé-

ration du côté opposé, en changeant la main, c'est-à-dire en introduisant l'index gauche, et en opérant avec la main droite.

Les bords de la fistule ainsi rafraîchis, il s'agissait de les rapprocher et de les maintenir en contact. Trois cordonnets, portant à chacune de leurs extrémités une aiguille très-courbe et très-petite, et une tige sur laquelle les aiguilles peuvent être fixées et laissées à volonté, furent les instruments employés pour cette réunion. M. Malagodi introduisit l'indicateur droit dans l'ouverture ravivée, de manière que le dos de la main regardait le corps de la malade, le pouce en bas et le petit doigt en haut, et il ramena sous ses yeux la lèvre gauche de l'ouverture vagino-vésicale. Prenant alors de la main gauche une aiguille fixée sur son manche, il l'enfonça près de l'angle postérieur de la plaie, en la faisant pénétrer, avec le secours du doigt, d'arrière en avant. Après cette première aiguille, il en passa une seconde de la même manière, puis une troisième, à des distances égales. Ayant répété la même opération du côté opposé, il noua les cordons deux à deux, et put amener ainsi en contact immédiat, et dans toute leur longueur, les bords de la plaie. La malade fut remise dans son lit, avec recommandation de rester couchée sur le dos. Une sonde fut mise à demeure dans la vessie, et un vase placé au-dessous recevait l'urine qui s'écoulerait librement à mesure qu'elle serait apportée par les uretères. Pendant tout le cours de la seconde journée, l'urine passa par la sonde, et pas une goutte ne s'écoula par

la plaie. Il n'en fut pas de même le lendemain, où l'on trouva baigné de ce liquide le peu de charpie qui avait été introduite dans le vagin. Le quatrième jour, la malade fut replacée dans la position de l'opération. M. Malagodi vit que les deux points de suture postérieurs s'étaient maintenus : il les enleva, et la réunion se trouva parfaitement accomplie là où les bords étaient restés en contact. Le point antérieur, au contraire, avait déchiré la lèvre gauche de la plaie, et il en était résulté qu'un tiers à peu près de l'ouverture principale ne s'était pas cicatrisé. Bien que la cautérisation par le nitrate d'argent n'eût produit aucun avantage quand l'ouverture fistuleuse permettait le le passage du doigt, on eut lieu d'espérer que le même moyen serait plus efficace, alors que cette ouverture avait été réduite au diamètre d'une sonde ordinaire. M. Malagodi eut donc recours à la cautérisation, et au bout de trois semaines environ, il obtint une amélioration sensible. La sonde fut constamment laissée dans la vessie. Le docteur Malagodi continua pendant quelques semaines encore l'emploi du caustique, et la malade fut complétement guérie vers le commencement de janvier.

Dans d'autres cas, on a saisi les bords de cette fistule avec des pinces à dents de souris, pour en faire la résection avec des ciseaux. M. Nœgelé, dont les procédés opératoires sont déjà anciens, puisque cet illustre accoucheur les a fait connaître dans un recueil de mémoires publiés en 1812, a indiqué le procédé d'avivement qui suit : il se sert de ciseaux

ordinaires, et d'un bistouri à chappe d'une forme particulière. Une sonde d'argent ayant été préalablement placée dans l'urèthre, les ciseaux sont introduits sur l'index, et incisent le bord postérieur (fistules transversales) ou l'angle supérieur (fistules longitudinales) de la fistule; puis le bistouri, caché, est porté dans le vagin à l'aide de l'index droit, dont la pulpe doit dépasser un peu l'extrémité de la gouttière qui couvre le tranchant de l'instrument. Le doigt étant parvenu au delà de la partie déjà scarifiée, la gouttière est retirée, la lame est mise à nu, et le bord antérieur (fistules transversales), ou l'angle antérieur et les bords latéraux (fistules longitudinales), sont rafraîchis.

M. Deyber indique théoriquement le procédé suivant : « Si l'ouverture n'était pas bien haute, et si on pouvait facilement l'atteindre avec le doigt, je préférerais introduire dans la vessie une bougie un peu grosse, faite de bois tendre, mais fort, pour servir de point d'appui aux bords de l'ouverture, sur lesquels j'inciserais avec un bistouri droit, pointu, un peu concave sur son tranchant. Si la crevasse était transversale, un bistouri coudé sur le plat ne serait peut-être pas sans utilité. »

D'autres fois, l'opération est rendue plus facile par certaines dispositions accidentelles que présentent les malades. C'est ainsi qu'une rupture du périnée, compliquée d'une fistule vésico-vaginale, a rendu moins difficile l'avivement des bords de cette dernière dans une observation qui appartient à M. Roux. M. le

professeur Sanson, pour rendre plus faciles l'avivement et la suture d'une fistule vésico-vaginale, a eu l'heureuse idée d'inciser des deux côtés l'urèthre, pour engager le doigt indicateur dans la vessie, et ramener au dehors l'orifice fistuleux; l'urèthre s'est parfaitement cicatrisé. Plus récemment, mon collègue, M. Lenoir, mettant à profit une disposition rare dans les fistules dont il s'agit, a pu introduire son doigt indicateur dans le canal, très-dilaté, et agir de la même manière que M. Sanson. Nous regardons l'incision de l'urèthre, proposée et exécutée par ce professeur, comme étant d'une grande utilité, et comme devant être adoptée dans beaucoup de cas de fistules vésico-vaginales auxquelles on voudrait appliquer la suture, et assez voisines du col de la vessie. On comprend, du reste, qu'il est un certain nombre d'indications qui peuvent être fournies par les cas particuliers, mais que toujours, quand la chose est possible, les doigts et les instruments les plus simples méritent la préférence sur les instruments compliqués, qui ne peuvent pas se modifier suivant les circonstances.

Quels que soient l'instrument et le procédé opératoire dont on ait fait choix, si on veut obtenir la réunion par première intention, on aura d'autant plus de chances de succès que l'avivement aura été fait avec les conditions suivantes : Il faut que la division soit nette, sans dentelures, que la tranche en soit perpendiculaire à l'épaisseur de la cloison; il faut que la portion dure et calleuse de l'ouverture ait été re-

tranchée dans toute son étendue, que la division soit sans ecchymose, car l'observation a démontré que les plaies dont les bords sont ecchymosés sont impropres à la réunion immédiate; il faut, enfin, que les bords avivés puissent, quand on les rapproche, se toucher par tous les points de leur surface dans la plus grande partie de leur épaisseur, en un mot, qu'ils ne chevauchent pas l'un sur l'autre. On conçoit combien il est difficile, pour ne pas dire plus, d'obtenir ce concours de conditions avec les dispositions anatomiques dans lesquelles on observe les fistules vésico-vaginales. Sans doute que l'absence de l'une ou de plusieurs d'entre elles suffirait, indépendamment d'autres obstacles que je signalerai, pour expliquer la fréquence des insuccès dans les tentatives de suture. Cependant, un avivement fait avec l'instrument tranchant, mais d'une toute autre manière, a aussi été suivi de succès : je veux parler de l'avivement par scarifications. Il est probable que, dans ces circonstances, les phénomènes d'agglutination se sont opérés selon un autre ordre que celui qu'on observe dans la réunion immédiate, et que, sous le rapport de ce résultat, la scarification pourrait vraisemblablement être rapprochée de la réunion par développement de bourgeons charnus. Pour pratiquer les scarifications, un bistouri boutonné, ou tout autre instrument analogue, est conduit sur le doigt indicateur, préalablement introduit dans la fistule, et on opère sur tout le pourtour de cette dernière de petites scarifications rapprochées. On trouve, dans

le mémoire de M. Deyber, une observation remarquable dans laquelle M. Ehrmann a pratiqué l'avivement de cette manière. M. Leroy (d'Etiolles), dont l'esprit ingénieux a été si fécond en inventions d'instruments utiles. a proposé pour l'avivement, et aussi pour faire des scarifications, des instruments qui ne me paraissent pas avoir de grands avantages sur les moyens plus simples dont j'ai fait mention, et qui, pour cette raison, ne me paraissent pas devoir être adoptés. Mais ce chirurgien, frappé moins encore de la difficulté d'opérer l'avivement du contour des fistules vésico-vaginales, que de celle de maintenir en contact des bords qui présentent si peu d'épaisseur, a conçu l'idée d'un avivement qu'il appelle *à large surface,* et qu'il opère tout autour de la fistule, en enlevant une partie de l'épaisseur de la cloison du côté du vagin. Bien que cet avivement ne doive pas, dans les idées de M. Leroy, être suivi de la suture, et qu'il fasse partie d'un autre genre d'opérations, j'ai cru devoir le placer ici : il opère, du reste, cet avivement avec un spéculum fenêtré contenant des crochets pour saisir la portion du vagin qu'on peut faire saillir dans le spéculum, et un instrument tranchant semblable à celui qu'on emploie pour la résection des amygdales.

Plusieurs chirurgiens, jugeant la difficulté insurmontable, ont eu recours à d'autres moyens. « On ne peut guère penser, dit M. Lallemand, de Montpellier, à enlever la surface calleuse avec l'instrument tranchant; mais il est facile de la détruire

par la cautérisation, et de développer en même temps l'inflammation nécessaire à la réunion. »

La cautérisation a, en effet, aussi été employée pour aviver les bords fistuleux. Sans revenir sur ce que j'ai dit ailleurs comme méthode curative, je dois faire remarquer que ce n'est qu'après la chute des eschares que la réunion peut être faite : ce n'est plus alors au moyen d'une lymphe plastique que l'adhésion s'opère, mais bien par l'agglutination des bourgeons charnus, opération d'un travail plus lent, plus difficile pour la nature. On arrive d'autant mieux à obtenir un résultat plus favorable, que les parties sur lesquelles sont développés ces bourgeons charnus présentent plus d'épaisseur ; aussi remarque-t-on que l'âge, la fermeté des tissus, la constitution générale, ont une influence sensible sur les phénomènes de ce travail. Il est des circonstances dans lesquelles les cautérisations les mieux faites ne parviennent pas à développer des bourgeons de bonne nature : telles sont par exemple des constitutions flasques et détériorées ; les conditions opposées sont, au contraire, favorables. Il n'est peut-être pas très-juste de dire que la cautérisation, comme moyen d'avivement, a sur l'incision l'avantage de ne pas faire éprouver de perte de substance ; car il faut que la partie dure, le tissu inodulaire du trou fistuleux soit altérée et détruite pour donner naissance aux bourgeons charnus. Mais c'est surtout en augmentant l'épaisseur des lèvres de la plaie par le gonflement et la turgescence bourgeonneuse qui les produit, que ce moyen

est avantageux, car il multiplie les points de contact des lèvres de la solution de continuité, et en assure plus efficacement les rapports. La cautérisation conserve, du reste, dans ce cas, une partie des avantages que nous lui avons trouvés comme méthode générale.

L'avivement par cautérisation peut être fait par le fer incandescent de la manière que nous avons indiquée ailleurs. Il y a quelques difficultés dans son application : il agit plus profondément que des caustiques chimiques; il est difficile de borner à volonté l'action du calorique, et de ne pas dépasser le but que l'on se propose. Il faut en même temps de la célérité et de la précision dans son application. La douleur qu'il détermine est plus vive, plus instantanée que celle produite par le cautère potentiel; cependant il mérite la préférence toutes les fois qu'on veut aviver une fistule ancienne dont les bords sont durs, calleux ou recouverts de fongosités. Il convient surtout chez les sujets d'une mauvaise constitution et chez lesquels on a à craindre que quelque vice local ou général ne soit un obstacle au développement des bourgeons charnus de bonne nature. Son action, dans ce cas, est plus efficace que celle des autres caustiques; ajoutons qu'il a le désavantage d'effrayer les malades, ce qui fait qu'elles se prêtent moins facilement à l'opération.

Le nitrate d'argent, que sa fusibilité permet d'adapter commodément aux instruments, est, parmi les caustiques chimiques, celui qu'on a le plus souvent employé : moins difficile à conduire, il permet d'agir

avec toute la lenteur et la sûreté convenables, et si son action pénètre moins profondément que celle du cautère actuel, on peut y revenir un plus ou moins grand nombre de fois. Il est plus souvent employé dans le but de l'avivement; aussi s'est-on servi d'un grand nombre d'instruments pour son application. J'indiquerai le porte-caustique en forme de bague, imaginé par M. Lallemand. Flamant, professeur de Strasbourg, avait inventé un instrument fort commode pour porter le même caustique dans les parties profondes. Il est composé de deux tiges réunies dans leur milieu par une goupille : l'une d'elles est armée du caustique, l'autre porte une gaîne pour le cacher; on fait sortir le caustique de dessous la gaîne en exécutant un petit mouvement de bascule. Un porte-caustique fort ingénieux appartient à un chirurgien allemand : il se compose de deux sondes, dont l'une, immobile et fixée à un petit manche, représente un demi-cylindre recourbé à son extrémité antérieure et destiné à recevoir l'autre sonde qui est mobile et terminée par un demi-cylindre vertical; celui-ci, en s'unissant avec celui de la première sonde, complète une petite cavité dans laquelle est renfermé le caustique. Cet instrument est porté fermé jusque dans la suture; mais arrivé là, par un mouvement de rotation de la tige engaînée, on écarte les deux vulves de manière à mettre le caustique en contact avec les lèvres de la fistule. Il n'est applicable qu'aux fistules transversales Un autre, imaginé pour les fistules longitudinales, est une longue tige recourbée

à angle droit à son extrémité, et portant deux cuvettes latérales qui mettent à droite et à gauche le nitrate d'argent en contact avec la fistule.

On s'est quelquefois servi de caustiques liquides, et, pour les conduire, on les porte avec un pinceau au moyen d'un spéculum. M. Ehrmann, employant le nitrate acide de mercure a conduit le pinceau dans une grosse canule de gomme élastique. Les caustiques liquides nous paraissent les moins convenables : il est trop difficile de limiter leur action, d'autant plus qu'assez communément il s'échappe de la fistule, même pendant l'opération, une certaine quantité d'urine capable de détruire une partie de l'action du caustique, et de la porter affaiblie, à la vérité, sur des points qu'il ne devrait pas toucher. Après l'avivement avec les caustiques, il faut faire une ou deux injections dans le vagin, pour en emporter les portions qui pourraient être restées.

Quant aux escharotiques, et c'est surtout à la teinture de cantharides que l'on a eu recours, leur action est trop superficielle; ils ne pourraient changer la nature d'un tissu ancien et calleux : l'espèce d'excoriation qu'ils produisent est un moyen d'avivement plus applicable à une large surface, et dont on pourrait user pour faciliter l'agglutination d'un lambeau dans quelques-unes des variétés des procédés autoplastiques. Cependant nous avons vu, dans un autre chapitre, qu'on s'en était servi avec avantage comme moyen cautérisant.

Quel que soit le moyen d'avivement auquel on ait

donné la préférence, il faut procéder à la suture, et ce temps de l'opération n'est pas toujours le plus facile. Cependant il ne faudrait pas juger d'une manière absolue les difficultés que l'on doit éprouver d'après les observations de ceux qui nous ont précédés. Sous ce point de vue, la chirurgie opératoire a fait récemment un pas immense.

L'ingénieuse opération de l'incision de l'urèthre qui permet d'introduire le doigt dans la vessie, d'accrocher la fistule, et de l'amener au dehors, rend facile non-seulement l'avivement, mais encore la suture. D'une autre part, la staphyloraphie, qui déjà avait prêté utilement, entre les mains de M. Ehrmann, et d'autres chirugiens, son porte-aiguille, pour faire la suture des fistules vésico-vaginales, offre aujourd'hui, dans les instruments de MM. Depiéris, Bourgougnon, Fauraytier, Soteau, et autres, des moyens de simplifier et de faciliter l'application de la suture. N'omettons pas de dire, toutefois, qu'il est un certain nombre de fistules vésico-vaginales qui, par leur situation profonde et très-élevée dans le vagin, ne permettent pas qu'on puisse les amener au dehors avec les doigts, et semblent ainsi échapper aux moyens les plus ingénieux de la suture. La science n'était pas restée inactive, et des moyens plus ou moins ingénieux avaient été imaginés avant cette époque: ce sont ceux qui, pour la plupart, ont servi dans les observations que nous possédons; nous ne saurions les passer sous silence. D'ailleurs, les instruments que l'on pourrait employer aujourd'hui pour faire la su-

ture du vagin et de la vessie, n'ont guère d'influence que sur la facilité plus ou moins grande de l'exécution de l'opération; ils ne doivent entrer que pour peu de chose dans le jugement à porter sur les résultats de cette opération.

Dans une thèse soutenue à la Faculté de Paris, en 1802, M. Abraham Lewzisky expose qu'ayant à traiter avec son frère une dame atteinte d'une fistule vésico vaginale, il se proposait d'en pratiquer la suture, pour en rapprocher les deux lèvres. Il voulait porter les points de suture par l'urèthre et l'intérieur de la vessie, au moyen d'une sonde qui a quelque analogie avec la sonde à dard; les fils devaient être ramenés hors de la vulve, et passés dans un serre-nœud pour rapprocher les lèvres de la fistule. L'opération ne fut pas pratiquée: bien que M. Lewzisky ne se proposât pas d'aviver la fistule avant de la réunir, il n'en avait pas moins l'intention d'obtenir l'agglutination des bords de cette fistule; car il avait observé que ses bords s'étaient ramollis sous l'influence de tampons et d'un bandage particulier.

M. Nœgelé a proposé de pratiquer la suture de la manière suivante: La malade étant dans la position usitée pour l'opération de la taille sous-pubienne, le chirurgien, placé devant elle, introduit dans le vagin le doigt indicateur de la main, du côté opposé à la lèvre de la fistule, qu'il doit percer la première (nous voyons qu'il s'agit d'une fistule longitudinale); le doigt indicateur de l'autre main est passé dans l'anneau qui termine une aiguille de forme analogue à celle de

Deschamps. Cette aiguille, armée d'un fil passé près de sa pointe, est conduite sur le doigt placé dans le vagin, jusqu'à ce que sa pointe corresponde à la fistule. L'extrémité de l'index est alors glissée entre les lèvres de la fistule, de manière à presser avec la pulpe la surface vésicale de la lèvre; et faisant ainsi appuyer la surface vaginale sur la pointe de l'aiguille, celle-ci la traverse, aidée qu'elle est par un léger mouvement de rotation que lui imprime l'indicateur, passé dans l'anneau de l'instrument. L'extrémité de l'indicateur introduit dans le vagin se retire alors d'entre les lèvres de la fistule pour venir s'appliquer sur la face vaginale de la seconde lèvre, et la presser sur la pointe de l'instrument, qui la traverse de la surface vésicale vers la surface vaginale Ceci fait, l'instrument est confié à un aide, et le chirurgien saisit avec la main libre une petite pincette qu'il conduit sur le doigt indicateur laissé dans le vagin, jusqu'au niveau de la pointe de l'instrument : là, il cherche à introduire une des pointes de la pincette sous le fil dont est armée l'aiguille; le fil saisi, la pincette l'entraîne hors du vagin. L'aiguille est ensuite retirée par un mouvement inverse à celui par lequel on l'avait fait pénétrer, les deux extrémités de l'anse de la suture sont réunies et entortillées jusqu'à ce que la malade se plaigne d'une légère douleur dans la région de la plaie.

Un autre procédé, que M. Nœgelé n'a essayé que sur le cadavre, consiste à passer les fils de la vessie vers le vagin. A travers une sonde de Laforêt un peu

modifiée, passe un ressort, dont l'une des extrémités, semblable à celle d'un petit bistouri pointu, étroit et concave, est percée près de sa pointe d'un chas, et dont l'autre est munie d'un anneau.

L'aiguille élastique, après avoir été enfilée, est passée dans la sonde ou canule courbe. L'instrument est alors introduit dans la vessie comme un cathéter ordinaire, puis dirigé de telle sorte, que la concavité regarde en bas et en arrière. L'extrémité de la canule, guidée par l'index placé dans le vagin, vient s'appuyer sur l'un des bords de la fistule; le pouce passé dans l'anneau presse sur l'aiguille, qui traverse la cloison vésico-vaginale; le bout du fil engagé dans le chas est alors saisi, attiré au dehors, et fixé. L'aiguille est ramenée dans la canule, dont on appuie l'extrémité de l'autre côté de la fistule, à distance convenable du bord. Elle traverse de nouveau la cloison vésico-vaginale. Le fil est attiré jusqu'à ce qu'on l'ait dégagé entièrement du chas; l'aiguille est alors rentrée dans la canule, l'instrument est retiré de la vessie, pour être remplacé par une sonde ordinaire. L'on peut ainsi placer successivement deux ou plusieurs fils, et avec une égale facilité, quelle que soit la direction de la fistule.

Dans le procédé de M. Deyber, on porte les points de suture par l'urèthre et l'intérieur de la vessie. Les bords de l'ouverture fistuleuse étant rafraîchis, on introduit dans l'urèthre une sonde courbe à dard, aiguillée, et armée d'un fil; la lèvre de la fistule est transpercée, de la face vésicale vers la face vaginale,

un des bouts de l'anse de fil dont est traversé le dard est dégagé avec des pinces ordinaires ; on fait rentrer dans la sonde le dard toujours muni de son fil, et l'on perce de même la lèvre opposée, puis on dégage l'autre bout de fil, et l'anse se trouve en place ; le dard, rentré dans sa gaîne, est enfin retiré avec elle. S'il faut placer plusieurs points de suture, on répète la même manœuvre. Quand on a placé le nombre de fils voulu, rien n'est plus facile que de les nouer, ou de les passer dans un serre-nœud de Levret.

L'on peut voir que ce procédé a la plus grande analogie avec celui de M. Lewzisky, que nous avons rapporté plus haut ; mais l'aiguille de M. Deyber est d'un mécanisme plus simple, et son procédé a l'avantage d'avoir été appliqué sur le vivant, dans l'observation suivante, intéressante, du reste, sous plusieurs rapports.

OBSERVATION.

Fistule vésico-vaginale. — Suture par le procédé de M. Deyber. — Insuccès.

« A.-M. F..., âgée de vingt-trois ans, d'une bonne constitution, enceinte, et à terme, était entrée en travail d'enfantement le 7 septembre 1824 : l'accouchement dura cinquante-quatre heures, et on fut obligé de le terminer, le 9, à quatre heures de l'après-midi, par l'application du forceps. L'enfant, qui était du sexe masculin, avait la tète très-volumineuse ; il pesait

sept livres, et est encore bien portant aujourd'hui.

Les suites de couches se passèrent presque sans accident; mais le 27 du mois, on s'aperçut que la femme perdait son urine involontairement, et le toucher apprit qu'il y avait une solution de continuité au col de la vessie.

Dans les premiers jours d'octobre, cette crevasse donna issue à quelques petits calculs urinaires, et, quelques jours après, on remarqua que l'urine entraînait des portions de membranes dont l'une des faces était lisse, et l'autre recouverte de substances calcaires.

Le 15 octobre, on introduisit le doigt dans la vessie par l'ouverture fistuleuse, et on reconnut que toute sa surface interne était tapissée par ces incrustations, dont il se détachait de temps à autre des fragments. Ceux-ci agrandissaient la fistule par leur chute, et le passage non interrompu de l'urine produisit sur les parties génitales une vive irritation, qui ne diminua et ne se dissipa qu'à la longue.

En vain plaçait-on une sonde dans l'urèthre; elle ne suffisait pas pour empêcher l'urine de passer dans le vagin. Il fallut tamponner, et la femme finit par s'habituer à ce moyen : elle s'introduisait elle-même dans le vagin des espèces de doigts de gants, qu'elle emplissait ensuite de charpie ou d'étoupe.

Après être longtemps restée à l'hospice, elle s'en retourna dans son village, et s'habitua à porter constamment un tampon, qui réussit quelquefois à empêcher tout à fait l'écoulement de l'urine; d'autres

fois, il ne la retenait qu'en partie, selon qu'il était plus ou moins bien fait. Elle laissa quelquefois ce tampon séjourner des mois entiers sans s'inquiéter; cependant il l'incommodait de temps à autre, et surtout il ne suffisait pas toujours pour retenir l'urine pendant longtemps.

Dans le courant de l'été de 1827, cette femme vint consulter M. Ehrmann, et le 16 juin 1827, j'eus occasion de la visiter avec lui. Nous trouvâmes que la fistule s'était beaucoup rétrécie, et que l'on ne pouvait plus découvrir qu'une très-petite ouverture, à la hauteur d'un pouce et demi, dans le vagin; mais on avait quelque difficulté à en apprécier la juste étendue, et l'on n'y parvint que lorsque le spéculum dilatateur bivalve fut construit et introduit.

Dès que celui-ci fut placé dans le vagin, on aperçut aussitôt la fistule : on pouvait facilement y faire passer une sonde de femme; ses bords étaient rouges et calleux. Cependant, comme ils étaient assez rapprochés, M. Ehrmann pensa qu'une simple scarification suffirait pour favoriser l'agglutination. C'est pourquoi il procéda à cette opération le 14 juillet, et, après avoir fait saigner tout le pourtour de la fistule, il plaça un tampon dans le vagin et une sonde dans la vessie. La malade ne souffrit pas beaucoup, et resta couchée tranquille pendant huit jours, après lesquels on retira le tampon : l'incontinence d'urine était dans le même état.

On se décida alors à appliquer des points de suture, et on mit en usage le procédé que j'ai proposé. Cette

opération a été exécutée avec assez de facilité le 8 août, seulement elle a été un peu longue : lorsqu'on voulut retirer un des bouts du fil, on ramena les deux à la fois, ce qui nécessita une seconde application de la canule porte-érigne.

La paroi du vagin étant très-flasque, il a fallu, pour la percer, la soutenir avec une spatule de bois fenêtrée. Les scarifications ont été faites seulement après que l'anse de fil eut été placée ; au lieu de la nouer on a employé un serre-nœud. Une sonde de femme, en gomme élastique, a été placée dans la vessie; la femme en a facilement supporté le contact. L'urine s'écoula entièrement par la sonde, et il n'en passa plus par le vagin. Le 14 août, on retira le serre-nœud et le fil, en entraînant celui-ci par un de ses bouts. La femme souffrit peu de cette opération; mais l'urine reprit aussitôt sa route par le vagin. Espérant alors que le suintement, qui était devenu moindre, se tarirait dans peu de jours, et craignant de déchirer la cicatrice, qui pouvait être faite en part e, on n'osa point l'examiner avec le spéculum. Cette femme sortit peu de jours après cette opération : je l'ai vue depuis, elle est encore obligée de se servir du tampon, qui, à la vérité, ne l'incommode nullement, et, dans l'état où elle se trouve, elle ne veut plus se soumettre à une nouvelle opération. »

Les fils peuvent être passés par d'autres moyens : le porte-aiguille ordinaire a suffi dans un grand nombre de cas ; une aiguille à staphyloraphie, fixée transversalement au sommet de l'instrument, peut

être passée, d'abord du vagin vers la vessie, et ramenée ensuite, par la fistule, où elle est saisie avec une pince, et ramenée à l'extérieur; fixée de nouveau au porte-aiguille, elle est reportée au niveau de la fistule, et à travers celle-ci elle va pincer l'autre lèvre de la fistule de la vessie vers le vagin, est saisie de nouveau, et ramenée au dehors. Le porte-aiguille inventé récemment par M. Foraytier rend l'opération plus facile, puisque le même instrument porte l'aiguille, fixe la lèvre de la plaie, et ramène le fil à l'extérieur. Quel que soit l'instrument qu'on a employé pour ce premier temps, le second, qui consiste à serrer les fils, se pratique toujours de la même manière: les deux fils sont passés l'un dans l'autre, de manière à former une anse; celle-ci est serrée successivement, jusqu'à ce qu'elle arrive au niveau de la fistule; si elle est assez rapprochée de l'extérieur pour être accessible aux doigts du chirurgien, on peut serrer le nœud de la manière suivante: chacun des fils est placé dans la paume de la main, où il est fixé par les trois derniers doigts et le pouce; l'indicateur de chaque main est ensuite glissé dans le vagin, la face dorsale dirigée en dedans; la pulpe des doigts va saisir la racine des fils en dedans, et, en écartant en même temps les deux indicateurs, le nœud est serré à un degré convenable: celui-ci doit être saisi entre les mors d'une pince pour éviter le relâchement, pendant que le chirurgien, dégageant ses deux mains, se dispose à faire un second nœud pour soutenir le premier.

Si la fistule est profonde, les doigts peuvent être remplacés par un instrument qui offre beaucoup d'analogie avec une pince à pansement ordinaire, terminée à son extrémité par deux petits anneaux: lorsque le premier nœud est déjà fait, on passe chacun des fils dans un anneau de la pince, celle-ci est glissée ensuite dans le vagin, les fils retenus à l'extérieur; quand elle est arrivée au niveau de la fistule, on ouvre la pince graduellement, et le premier nœud, par ce mécanisme, se trouve serré comme avec les doigts; celui-ci est soutenu de la même manière que dans le premier cas pour pratiquer le second.

Si la fistule était très-éloignée de la vulve, on pourrait éprouver de grandes difficultés pour serrer les nœuds, d'autant plus qu'agissant très-loin du siége du mal, il serait très-difficile d'apprécier d'une manière exacte le degré de constriction exercée sur les lèvres de l'ouverture. Dans des cas analogues, divers serre-nœuds peuvent être mis en usage. Nous trouvons une application très-heureuse de ce procédé, dans un fait publié par le docteur Schreger (*Journal universel des sciences médicales*). Ce chirurgien, dans un cas où il avait affaire à une fistule très-élevée et très-étendue, pratiqua successivement trois ligatures, puis il passa dans chacune une série de petites boules de bois, étendues depuis la plaie jusqu'à la vulve, et il les fixa sur la fesse avec des emplâtres agglutinatifs. Le serre-nœud de M. Mayor pourrait être employé; celui de Schreger agissait, du reste, d'après le même mécanisme. Le serre-nœud de Graefe aurait l'incon-

vénient d'être trop lourd; il pourrait, par son propre poids, produire, ou du moins favoriser la déchirure des lèvres de la plaie.

Les différentes formes de sutures ont été tour à tour employées; mais c'est cependant la suture entrecoupée, ou à points séparés, qui l'a été le plus communément; et c'est plus particulièrement à elle que s'applique ce que je viens de dire des moyens à l'aide desquels on l'a exécutée.

La suture du pelletier ou à surget, a aussi été essayée: elle est recommandée, par M. Colombat, pour les fistules longitudinales et d'une grande étendue; il se sert, pour la pratiquer, d'instruments variables, suivant que les fistules sont longitudinales ou transversales, et qui facilitent beaucoup l'exécution de l'opération. M. Colombat ne rapporte, du reste, aucune observation de guérison; il semble même n'avoir pas pratiqué cette suture sur le vivant. La suture entortillée a été pratiquée par M. Nœgelé; il se sert d'une pince à anneaux, courbée suivant la direction de la cavité pelvienne; un crochet fixé au bas des anneaux tient rapprochés les bords de la pince. C'est entre ces mors qu'on fixe une aiguille en croissant, qui doit être en argent ou en acier bien doré. Lorsqu'on lève le crochet, les deux branches de la pince s'écartent, et l'aiguille devient libre. Deux aiguilles sont successivement placées après l'avivement des bords de la fistule, et on pratique la suture entortillée avec un ruban de fil d'une aune et demie de longueur, dont on porte l'anse, à l'aide de deux doigts, au delà de

l'aiguille la plus postérieure. On tamponne le vagin pour éviter que la pointe des aiguilles ne blesse les parties voisines. Ce procédé n'a été mis en usage, par M. Nœgelé, que sur le cadavre.

Au rapport de M. Caubet (thèse de Montpellier), M. Lallemand se serait servi une fois de cette suture avec beaucoup d'avantages. Je n'ai pu trouver d'autres indications sur ce fait. On comprend, dès lors, qu'en l'absence de renseignements plus amples, sur l'espèce, l'étendue de la fistule et la manière dont la suture a été faite, et sur le résultat obtenu, il nous est impossible d'y attacher d'autre importance que celle d'un simple énoncé.

MM. Spezel et Goglioso ont envoyé à l'Académie un travail, en 1836, dans lequel ils proposent la suture enchevillée. Ils avivent les bords fistuleux avec une espèce de pinces coupant comme des ciseaux ; il ne parait pas, du reste, qu'ils aient opéré sur le vivant.

M. Leroy d'Etiolles a imaginé pour le même objet un instrument analogue à celui qu'il a proposé pour la staphyloraphie. La complication et le volume de tous ces instruments en rendent l'application difficile dans le vagin.

M. le professur Roux, ayant à traiter une fistule vésico-vaginale, d'une forme longitudinale, fit la suture entortillée avec de petites aiguilles à staphyloraphie, entrainant après elles une petite tige métallique.

OBSERVATION.

Fistule vésico-vaginale. — Suture entortillée. — Mort.

Le procédé opératoire appelle l'intérêt sur cette observation, dont nous donnons un extrait.

Maury (Geneviève) âgée de 36 ans, d'une bonne constitution, et mère de plusieurs enfants, accoucha le 7 juin 1829. Deux accouchements précédents avaient été laborieux, et avaient nécessité, l'un la version de l'enfant, l'autre l'application du forceps. Le 7 juin, elle fut accouchée à l'aide du forceps ; il paraît que cet instrument blessa la cloison vésico-vaginale. Le besoin d'uriner ne se faisait plus sentir, et depuis l'accouchement les urines cessèrent de couler par l'urèthre. L'écoulement des lochies ne permit pas d'abord, à la malade, de s'appercevoir qus ces urines s'échappaient par le vagin ; mais bientôt elle en acquit la certitude : elle consulta un médecin, qui envoya la malade à Paris. Le 9 juillet elle entra à l'hôpital de la Charité.

La fistule vésico-vaginale existait depuis trente-deux jours. et depuis ce temps le besoin d'uriner ne s'était jamais fait sentir. Pas une goutte d'urine ne sortait par l'urèthre ; ce liquide s'échappait continuellement par le vagin, et imbibait les linges dont la malade était obligée de se garnir. Le doigt introduit dans le vagin, en suivant sa paroi antérieure, reconnaît, vers la terminaison du col de la vessie, une fente longitudinale,

à travers laquelle il pénètre facilement dans l'intérieur de cet organe. Cette fente, mesurée avec soin, avait près de treize lignes de longueur. Sa commissure inférieure existait un peu au dessus de l'origine de l'urèthre ; la commissure supérieure répondait au bas de la vessie, quelques lignes au-dessus du col. La disposition des bords de la fistule était telle, qu'il fut aisé de s'assurer que ses bords se rapprochaient l'un de l'autre, lorsque la malade était couchée horizontalement, et s'écartaient, au contraire, lorsqu'elle était debout ou qu'elle marchait. La constitution de cette femme paraissait excellente ; elle désirait vivement être guérie, mais elle redoutait l'opération.

M. Roux s'arrêta au projet d'aviver, avec l'instrument tranchant, les bords de la fistule, et de les maintenir réunis au moyen de la suture entortillée. Pour arriver à ce but, il fit construire deux pinces à anneaux, dont les bords portaient chacun à leurs extrémités, l'une pour le côté droit, l'autre pour le côté gauche, deux ailes planes et quadrilatères, de longueur égale, mais de largeur différente ; de telle sorte que l'aile, soudée à la branche inférieure de la pince, avait une largeur double de celle fixée à la branche supérieure. Par ce moyen, chacun des bords de la fistule étant saisi par les deux ailes des pinces, le bistouri devait trouver sur l'inférieure un point d'appui solide pour l'inciser dans toute sa longueur. Cela fait, une aiguille courte, montée sur un porte-aiguille à staphyloraphie, devait être introduite dans le vagin, traverser en deux temps, de dehors en dedans, et de

dedans en dehors, les deux bords de la division. Cette aiguille devait être armée d'un fil entraînant à sa suite une grosse aiguille d'argent longue de seize lignes, et terminée par un bouton à l'une des extrémités, l'autre étant percée d'une ouverture dans laquelle passait le fil. Cette aiguille droite, ainsi conduite par le fil à la suite de l'aiguille courbe, étant passée d'un bord à l'autre, devait être assujettie par un fil, comme dans l'opération du bec-de-lièvre ; et quand deux ou trois aiguilles auraient été placées de la sorte, on devait procéder à la suture entortillée. L'opération fut pratiquée le 21 juillet 1829.

La malade fut couchée sur le ventre, les cuisses écartées, soutenues par des aides, le bassin plus élevé que la tête. Un spéculum brisé fut introduit dans le vagin; mais comme il gênait, il fut retiré, et le chirurgien ne se guida alors que par ses doigts. Il commença par inciser la commissure supérieure et l'inférieure dans une très-petite étendue, afin de rendre possible la réunion aux deux extrémités de l'ouverture fistuleuse; il saisit ensuite la lèvre droite de la fistule; mais ce ne fut pas sans peine, et sans avoir été obligé de la lâcher et de la reprendre à plusieurs fois; enfin, il porta dans le vagin un bistouri droit, dont la pointe était garnie d'une boule de cire, et procéda à l'avivement. Ce temps de l'opération fut long et pénible.

L'aiguille courbe, montée sur le porte-aiguille, et armée d'un fil ciré passé dans le chas d'une aiguille d'argent, traversa la lèvre droite de la fistule vers sa

partie supérieure, passa du vagin dans la vessie, et rentra dans le vagin. Elle fut alors saisie avec des pinces à anneaux, dégagée du porte-aiguille, et amenée au dehors : alors, fixée de nouveau au porte-aiguille, elle fut portée à travers la lèvre gauche de la vessie dans le vagin, retirée du porte-aiguille, et ramenée au dehors. Cette manœuvre fut assez longue et difficile. Le fil conducteur de l'aiguille d'argent servit ensuite à tirer cette dernière à travers les deux lèvres de la plaie; et, dans la crainte que le bouton ne fût insuffisant pour empêcher l'aiguille de glisser à travers l'ouverture faite par l'aiguille courbe, il fut fixé un autre fil qu'on retint au dehors avec un second, qui, passant d'un côté à l'autre, maintenait, autant que possible, l'aiguille et les lèvres de la plaie dans des rapports convenables.

Une seconde aiguille fut passée de la même manière, et M. Roux procéda à la suture, non sans rencontrer plusieurs difficultés qu'il est facile de concevoir. L'opération dura plus de deux heures. La malade, peut-être plus fatiguée de la position pénible qu'elle avait été obligée de garder, que de la douleur qu'elle ressentait pendant l'opération, fut portée à son lit. Le matelas sur lequel elle devait être couchée avait été plié en deux; de telle sorte que le bassin seulement reposait sur l'extrémité de ce matelas, les cuisses et les jambes devant être fléchies et soutenues par des coussins. Dès le soir du jour de l'opération, la malade éprouva du malaise, du frisson; elle fut en proie les jours suivants aux accidents de phlébite, ou

de résorption purulente, auxquels elle succomba le septième jour de l'opération.

L'examen de la vessie fit voir que l'ulcération et la mortification des bords de la fistule avaient augmenté son étendue : elle avait plus de deux pouces; ses bords étaient épaissis, ramollis, inégalement ulcérés, noirâtres, imprégnés d'une matière sanieuse et fétide; il y avait quelques caillots sanguins décomposés dans la vessie.

Une nouvelle forme de suture, la suture en gousset ou en bourse, a été aussi appliquée au traitement des fistules vésico-vaginales. Après avoir avivé le pourtour de l'ouverture, on met à découvert à l'aide du spéculum, comme pour les autres opérations de trajet fistuleux, puis on conduit tout autour de l'ouverture, à deux lignes environ de son bord, un fil de soie convenablement ciré: on ne peut pas faire parcourir à l'aiguille tout son trajet d'un seul coup, on la fait ressortir un plus ou moins grand nombre de fois, pour la repiquer dans le même trou d'où on venait de la retirer, et on la fait ainsi arriver en plusieurs temps au point de départ, après avoir décrit un trajet circulaire. Les deux extrémités du fil viennent se rejoindre, pour ressortir par le même trou d'aiguille; l'anse de la ligature se trouve cachée dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, et embrasse, à une certaine distance, l'ouverture fistuleuse. Les extrémités du fil sont nouées ensuite avec lenteur, de manière à rapprocher doucement le contour de l'ouverture fistuleuse jusqu'à ce qu'elle soit entièrement effacée; un second

nœud ou un serre-nœud, dans lequel on engage les deux chefs du fil, empêche cette suture de se relâcher. M. Sanson l'a pratiquée une fois sans succès : après avoir avivé les bords de la fistule en les attirant avec des pinces à dents de souris, il se servit de ce même instrument pour former plusieurs replis avec la partie vaginale de la cloison, dont il traversa la base avec une aiguille enfilée, lui faisant ainsi parcourir successivement tout le contour de la fistule. On m'a assuré que M. Dieffenbach avait pratiqué la même opération plusieurs fois dans les mêmes circonstances, et qu'il n'avait obtenu qu'un succès. Quel que soit le mode de ligature auquel on ait donné la préférence, les phénomènes qui accompagnent la présence de ces corps étrangers sont toujours à peu près les mêmes : c'est de déterminer une irritation, un travail inflammatoire qui a pour but l'expulsion du corps étranger. Si le fil n'est pas enlevé en temps opportun, ce travail s'opère dans un temps qui est un peu variable suivant les individus ; c'est du cinquième au huitième jour, en général ; aussi est-ce à peu près dans cet intervalle que les fils doivent être retirés. Quelquefois cette ligature s'accompagne de douleurs, d'accidents nerveux et inflammatoires, qui forcent à relâcher ou à enlever prématurément les fils qu'on avait placés : c'est ce qui est arrivé dans un des cas observés par M. le professeur Sanson, et que j'ai relaté à propos de l'avivement. La femme chez laquelle il avait divisé l'urèthre pour introduire son doigt dans la vessie, éprouva du sixième au septième jour des accidents

nerveux, qui le forcèrent à enlever les ligatures. Ce n'est, toutefois, ni à cette circonstance, ni à l'indocilité grande de cette malade, que ce maître si honorable attribue l'insuccès de l'opération. L'urine avait déjà passé entre les lèvres de la fistule et empêché ou détruit tout travail d'agglutination plastique. Un accident plus commun est, que les fils coupent l'une ou l'autre des lèvres de la suture, et tombent d'eux-mêmes si on ne les extrait. Il est convenable de prévenir ce dernier accident pour empêcher l'agrandissement de la fistule. C'est vers le cinquième ou sixième jour que les fils doivent être coupés avec des ciseaux mousses, et être retirés doucement. Il est inutile de dire que des précautions extrêmes doivent être prises pour n'exercer sur les lèvres aucune espèce de tiraillement qui aurait pour effet la rupture de la cicatrice, si celle-ci était opérée; c'est en introduisant une valve de spéculum sur la paroi du vagin opposée à la fistule, et en déprimant fortement cette paroi, qu'on mettra à découvert les fils, et qu'on fera courir moins de chance à la cicatrice récente. S'il s'établit de la suppuration, ce n'est que plus tard qu'il faudra recourir à des injections détersives. C'est à la même époque, c'est-à-dire, vers le quatrième ou le cinquième jour, que les aiguilles devront être retirées, si l'on a pratiqué la suture entortillée. Dans quelques cas, heureusement plus rares, la suture devient une opération qui peut donner lieu à des accidents graves, et la mort même a été le résultat,

soit de péritonite, soit d'accidents semblables à la résorption purulente : telle est l'observation déjà citée par M. Roux. D'autres fois ce sont des accidents qui simulent la péritonite, et qui ne laissent pas de lésions après elle : tel est un cas dont M. Lenoir, mon collègue, a eu l'obligeance de me donner communication.

M. Dieffenbach rapporte deux cas dans lesquels la mort est survenue à la suite de cette opération.

OBSERVATION.

Fistule vésico-vaginale, suite d'un accouchement.—Empéploi de la suture.—Opération laborieuse.—Cystoritonite.—Mort.

« Avant de commencer l'étude de la médecine, j'ai eu occasion d'être témoin d'une opération pour la guérison d'une fistule vésico-vaginale, opération pratiquée par un de nos plus célèbres chirurgiens, chez laquelle cet accident avait été déterminé par un accouchement difficile. L'opération dura plusieurs heures, et consista dans une tentative pour aviver les bords de l'ouverture fistuleuse avec des ciseaux, et ensuite à unir les bords de la plaie par une suture; mais la nature ne fit que peu d'efforts pour la guérison de la plaie, et la femme mourut quelques jours après d'une inflammation violente de la vessie et du péritoine. »

OBSERVATION.

Abaissement des lèvres de la fistule avec une pince érigne, pour faciliter l'application de la suture. — Cystite — Mort au quatrième jour.

« Comme une des principales causes d'insuccès, dans les cas de cette nature, dépend de la difficulté de raffraîchir les bords de la fistule, et d'appliquer exactement la suture, j'ai pensé, pour le prochain cas qui serait confié à mes soins, à attirer aussi bas que possible les bords de la fistule à l'aide d'une pince à érigne, afin de pouvoir placer les sutures avec sûreté.

Trois ans après, une femme de cinquante ans vint se confier à mes soins pour une fistule vésico vaginale. L'ouverture était située au milieu du vagin, et pouvait recevoir l'extrémité du petit doigt. Je tirai en bas la membrane qui tapisse le vagin, et j'appliquai trois points de suture. Mais une violente inflammation de la vessie se déclara, et la malade succomba quatre jours après l'opération. »

Dugès a signalé un genre d'accident qui, pour être rare, ne mérite pas moins de fixer l'attention : c'est une hémorragie assez grave pour nécessiter le tamponnement, et qui fut produite par la plaie d'une ligature qui avait coupé les chairs.

DUGÈS. — *Opération de fistule vésico-vaginale traitée par la suture, et suivie d'hémorrhagie* (*Gazette médicale*, 1831).

Le travail de M. Dugès contient une observation dans laquelle il est dit que, chez une femme atteinte d'une fistule vésico-vaginale après un accouchement laborieux, M. Lallemand tenta deux fois sans succès de réunir avec son instrument les bords de la fistule, qu'il avait d'abord avivée avec le nitrate d'argent. Cette femme fut ensuite traitée par M. Dugès. La fistule était transversale, située à la réunion de l'urèthre et du col de la vessie, et entamait toute la largeur de la paroi postérieure de ce canal.

M. Dugès recula devant l'application de l'instrument de M. Lallemand, dans la crainte que le méat urinaire ulcéré ne pût supporter la pression destinée à refouler en haut la lèvre supérieure; il préféra pratiquer la suture entrecoupée, après avoir préalablement excisé les bords de la fistule avec des ciseaux, construits de telle sorte, que la direction de la pointe fît un angle droit avec celle des anneaux. Deux fils furent passés, et une sonde fut placée dans l'urèthre; il y eut, tant par les bords de la fistule, que par les piqûres, un écoulement de sang qui s'arrêta de lui-même. Les bords de la fistule étaient en parfait contact; les points traversés par les fils ne paraissaient point tiraillés; ils étaient un peu ridés. Le troisième jour, dans la soirée, la malade est prise

d'un écoulement de sang pur par le vagin, et de sang mêlé à l'urine par la sonde. M. Dugès ne vit la malade que plusieurs heures après l'hémorrhagie : à l'aide du spéculum, il vit le sang sortir du trou qui donnait passage, à travers la lèvre supérieure, à la ligature du côté gauche, et d'un sillon profond correspondant à cette ligature qui avait coupé les chairs. Ce sang était artériel, quoiqu'il coulât en nappe. Les ligatures furent enlevées ; les lèvres de la fistule s'ouvrirent au bout d'une demi-heure. Le sang ne s'arrêtant pas, on tamponna le vagin avec des bourdonnets de charpie. L'hémorrhagie s'arrêta d'abord ; mais le lendemain on trouva les pièces d'appareil extérieures pénétrées de sang, et comme combinées avec un gros caillot; il en avait aussi coulé par la sonde laissée dans l'urèthre. La malade était affaiblie, en proie à des frissons spasmodiques; l'appareil ne fut point levé. L'urine continua de couler, teinte de sang noir, décomposé, résidu de celui qui s'était épanché la veille, et s'était sans doute coagulé dans la vessie. Cette coloration de l'urine dura pendant trois à quatre jours ; le liquide, pendant ce temps, ne passa point par le vagin, un bourdonnet ayant obstrué l'orifice fistuleux.

Après trois jours, les moyens de tamponnement furent enlevés, la fistule parut aussi large qu'avant l'opération, et même plus large. M. Lallemand, quelque temps après, aviva deux fois les bords de la fistule avec le fer rouge, et affronta les bords à la chute des eschares; mais à l'époque à laquelle M. Dugès pu-

blia cette observation, la femme était absolument comme avant toute tentative de guérison, si même la solution de continuité n'était pas plus grande. Il n'y eut point d'hémorrhagie à la suite de la cautérisation.

Si maintenant nous cherchons à apprécier les avantages et les inconvénients que présente chaque espèce de suture en particulier, nous voyons que la suture entre-coupée laisse entre les points de suture des espaces par lesquels l'urine peut suinter; qu'appliquée sur des tissus flasques, elle est peu capable de les maintenir; trop serrée, elle coupera promptement les tissus.

La suture à surjet est d'une exécution plus difficile; plus qu'une autre peut-être aussi, elle doit tendre à renverser les bords de la plaie, et à les mettre en contact par leurs parties muqueuses non avivées. A supposer qu'on obtienne un succès, il pourrait devenir beaucoup plus difficile d'extraire le fil sans déchirer la cicatrice. Au reste, elle a été appliquée dans un si petit nombre de cas, que ce n'est guère que théoriquement qu'on peut la juger.

La suture entortillée, qui paraîtrait au premier abord avoir mieux réussi, perd, dans ces cas, les avantages qu'elle a dans les opérations du bec de lièvre, par exemple. C'est qu'en effet les aiguilles sont alors engagées dans l'épaisseur même des lèvres de la plaie, à la même profondeur des deux côtés. Elle assure le contact des bords de cette plaie par leur surface la plus large possible, et leur immobilité. Mais,

dans les fistules vésico-vaginales ; ces conditions ne se rencontrent pas. Ce n'est plus dans l'épaisseur des lèvres de la solution de continuité, mais bien en dedans ou en dehors, en avant ou en arrière, que ces aiguilles se trouvent engagées ; et comme ces lèvres sont très-minces, ce serait presque un hasard heureux si elles se correspondaient par leurs bords avivés, et selon leur épaisseur, et dans toute l'étendue de la fistule. On dit qu'elle a eu des succès ; je n'ai pu trouver d'observations détaillées de ce genre : ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle a échoué dans les mains habiles de M. le professeur Roux.

Le seul exemple qui me soit parfaitement connu d'observation de suture en bourse ou en gousset ne me permet pas de juger sa valeur comparative : elle n'est pas d'une exécution très-facile ; mais, si l'on juge par quelques résultats obtenus sur l'urèthre chez l'homme, il ne faudrait pas renoncer à la tenter ; elle trouverait son application surtout dans les fistules de forme ronde, et d'une petite ou moyenne étendue.

A tant de causes d'insuccès qui militent contre les sutures dans le traitement des fistules vésico-vaginales, ajoutons-en une qui, à elle seule, est aussi redoutable que toutes les autres, et contre laquelle viennent échouer tous nos moyens chirurgicaux. Je veux parler de l'écoulement de l'urine par l'ouverture fistuleuse. Le contact de ce liquide empêche tout travail de cicatrisation, tout effort plastique ; les lèvres de la plaie s'altèrent, et tout suintement de lym-

phe coagulable s'arrête à leur surface, dès qu'une goutte d'urine vient à les toucher ; et, s'il y a déjà commencement d'agglutination, ces mêmes lèvres se séparent aussitôt. Ces vérités, constatées par un grand nombre d'observations, ont de tout temps préoccupé ceux qui ont étudié la question que nous traitons. Récemment M. Dieffenbach les a parfaitement mises en lumière. C'est pour prévenir des résultats aussi fâcheux que, dans toutes les opérations de suture de la cloison vésico-vaginale, on a cherché par les sondes, par les siphons, par la position donnée aux malades, à éloigner ce liquide des bords de la plaie, en l'enlevant à mesure qu'il est versé par les uretères. Bien que tous ces moyens n'aient pas atteint le but proposé, et qu'il soit douteux que jamais on y parvienne complétement, on ne doit pas moins n'en négliger aucun, toutes les fois qu'on a fait une opération quelle qu'elle soit pour fermer une fistule vésico-vaginale. Si je les cite ici pour n'y plus revenir, c'est qu'elles sont, s'il est possible, d'une importance plus grande encore quand il s'agit d'une opération qui a pour but plus spécial la réunion immédiate d'une fistule urinaire.

Je dois indiquer ici un projet d'opération dont le succès est tout entier fondé sur la possibilité d'élever suffisamment l'orifice fistuleux au-dessus du niveau de la surface du bas-fond de la vessie, pour que l'urine sorte par une sonde à demeure sans toucher à la fistule. Dans cette opération, qui est proposée par M. Leroy (d'Etiolles), on aviverait auparavant large-

ment du côté du vagin, afin que le soulèvement de la fistule mît en contact les parois avivées, pour en procurer l'agglutination. Je ne pense pas que cette opération soit jamais appliquée sur la femme vivante.

En dernière analyse, les sutures employées un grand nombre de fois contre les fistules vésico-vaginales n'ont pas donné des résultats avantageux. On peut même, en examinant la plupart des observations données par les auteurs comme des exemples de guérison, conserver des doutes pour le plus grand nombre d'entre elles. La plupart du temps les malades ont été perdues de vue; encore se contente-t-on d'énoncer simplement le fait de guérison, sans indiquer à l'aide de quels moyens on l'a constaté. Le plus ordinairement, lorsque l'application des sutures a été heureuse, elle n'a donné que des demi-succès. J'ai surabondamment établi que ce n'était ni une opération facile, ni une opération sans danger. S'il ne faut pas l'abandonner parce qu'elle peut concourir à améliorer l'état d'un certain nombre de malades, et en guérir quelques autres, c'est surtout pour le traitement des fistules qui ne sont pas situées très-haut dans le vagin qu'elle convient. Je terminerai ce que j'ai à dire des sutures, en rapportant une observation de M. Dieffenbach : c'est une opération qui tient de la suture et de l'autoplastie : elle est remarquable, et par la nouveauté du procédé opératoire, et par l'étendue de la fistule, et surtout par le succès obtenu.

OBSERVATION.

Fistule vésico-vaginale, suture par un nouveau procédé.

« Une malheureuse jeune femme de vingt-huit ans réclama mes soins pour une large communication de la vessie avec le vagin. L'accident, comme c'est le plus habituel, était le résultat d'un accouchement laborieux, et était la cause des incommodités les plus déplorables. Les parties génitales externes étaient rouges, excoriées par le passage continuel de l'urine, qui irritait également la partie interne des cuisses, des genoux et des jambes. Il fut d'abord difficile de découvrir par le toucher l'orifice fistuleux; cependant, en introduisant le spéculum, on voit une large ouverture dans laquelle s'engage une portion de la vessie dont la membrane interne a un aspect velouté. La malade étant placée comme pour la taille, les cuisses fortement écartées, le spéculum de M. Ricord fut introduit dans le vagin, et l'écartement de ses branches fit voir nettement l'orifice fistuleux. Le second temps de l'opération consista à abaisser les parois du vagin. Il s'effectua en passant par le spéculum un long crochet, et en le fixant dans le tissu situé derrière l'orifice : alors une seconde érigne fut appliquée sur la lèvre opposée, de la même manière, et en entraînant en même temps le spéculum avec la main gauche, tandis que la droite agissait sur les parois du vagin. Cette manœuvre avait quelque analo-

gie avec celle qu'emploie M. Lisfranc pour abaisser le museau de tanche dans les cas de cancer. La paroi du vagin ayant été amenée au dehors, il restait à exposer entièrement à l'œil l'orifice fistuleux : cela fut obtenu par une traction continue, mais modérée, et constitua le troisième temps de l'opération; des érignes simples et doubles furent fixées tout autour de l'orifice; quelques-unes d'elles furent confiées à des aides. La dernière partie de l'opération consistait dans l'avivement des bords fistuleux. Dans ce but, je portai un bistouri très-fin à environ une ligne du bord, et je coupai un lambeau d'une ligne de large, à la fois sur les parois du vagin et de la vessie. Je tentai ensuite de séparer les bords de la vessie des bords du vagin : pour cela, je fixai les premiers avec une pince à érigne, et les deux tissus furent alors séparés l'un de l'autre, dans l'étendue de deux lignes, à l'aide du bistouri : cela donnait pour l'union une surface d'environ une ou deux lignes de largeur; alors je commençai à tirer les bords de l'orifice, passant en même temps, à travers la partie postérieure, quelques points de suture avec des aiguilles courbes. Sept points de suture furent appliqués dans un ordre régulier; ils embrassaient alternativement les parois de la vessie et du vagin; les fils furent coupés à trois pouces des nœuds. Le vagin fut alors nettoyé avec des injections d'eau froide, et le spéculum introduit de nouveau pour voir si tout était bien : les bords de la fistule parurent réunis de la manière la plus exacte et la plus parfaite. La malade, qui paraissait très-

gaie après l'opération, fut transportée chez elle, dans une voiture publique, à quelque distance de l'hôpital. Une sonde fut laissée à demeure dans la vessie, et une certaine quantité d'eau froide injectée chaque demi-heure dans le vagin et dans la vessie. Tout le reste du traitement fut complétement antiphlogistique.

Cette opération n'a été suivie d'aucun accident. Au troisième jour, j'introduisis de nouveau le spéculum avec la plus grande précaution, et je trouvai toutes les sutures intactes et bien solides; la plupart étaient cachées à la vue par la tuméfaction de la membrane muqueuse vaginale. Le cinquième jour, le spéculum fut encore introduit; mais on ne voyait aucun changement dans la position des sutures. Le sixième jour, chaque point de suture fut saisi, divisé avec un bistouri aigu, et entraîné au dehors; les six points de suture furent successivement enlevés dans le même temps, sans aucun accident, et il fut constaté que chaque point de la fistule était bien fermé; cette guérison, en un mot, parut complète. A partir de ce moment, on fit alternativement, dans le vagin, des injections avec l'eau froide et la décoction tiède de camomille. Cependant, un examen attentif avec le spéculum, me fit découvrir que, de temps en temps, quelques gouttes d'urine s'échappaient de la lèvre gauche de l'ouverture par un seul point de suture. J'espérais obtenir son occlusion en déterminant un peu d'inflammation locale. Pendant un espace de quatre semaines, je le stimulai avec les remèdes les plus

actifs, la teinture de cantharides concentrée, portée avec un pinceau à miniature, mais sans produire aucune trace d'inflammation ou de végétation sur les bords. Il me sembla alors nécessaire de traiter cette petite ouverture de la même manière qu'une plus large; en conséquence, les parois du vagin furent convenablement abaissées, les lèvres avivées, et une suture appliquée. Pour les trois premiers jours qui suivirent l'opération, tout alla bien; le cinquième jour, cependant, la suture parut un peu relâchée, et un peu d'urine s'échappa à travers le petit orifice, lorsque je retirai le fil. Dix jours après, je répétai de nouveau l'opération. La portion de vagin où était l'ouverture fut abaissée avec des érignes, ce bord fut avivé dans l'étendue de deux lignes, et deux points de suture solides furent appliqués. Ce temps de l'opération fut couronné par un plein succès; au cinquième jour, les sutures furent retirées, et les orifices fistuleux étaient fermés sur tout point. Cette femme, depuis cette époque, est complétement débarrassée de tout accident : l'excrétion de l'urine est tout à fait naturelle. En l'examinant avec le spéculum, la cicatrice était visible, ayant environ un pouce et demi d'étendue dans une direction transversale aux parois du vagin.

Le peu d'efficacité des sutures a fait chercher d'autres moyens de réunion. M. Nœgelé dit avoir appliqué avec avantage une pince unissante de son invention. C'est une pince portant à l'une de ses extrémités deux plaques unies, à charnière, pouvant s'appliquer l'une contre l'autre, munies de dents sur les faces qui se

regardent, près du bord libre. Une vis placée vers la partie moyenne de l'instrument sert à rapprocher ou écarter l'une de l'autre ces deux plaques. Des manches mobiles, à anneaux, sont à l'autre extrémité de la pince. Pour se servir de cet instrument, les bords fistuleux étant convenablement avivés, une sonde est introduite dans la vessie. On conduit sous l'index de l'une des deux mains la pince ouverte autant que le permet la largeur du vagin; lorsque les deux branches se trouvent dans une même direction avec les bords de la fistule, on fixe avec l'autre main la pince dans cette position ; on retire avec précaution le doigt d'entre les deux branches de la pince, qu'on applique avec force contre la sonde introduite dans l'urèthre, et qui doit y rester à demeure : cela fait, on ferme les deux branches par le moyen du pas de vis; mais il faut bien se garder de serrer avec trop de force. La pince doit être serrée peu à peu, jusqu'à ce que la malade ressente une pression douloureuse, et que l'opérateur se soit assuré par un léger mouvement appliqué à la pince, que celle-ci est bien appliquée : on donne à la malade une position commode, et l'on soutient uniformément la pince. Cet instrument a été retiré du vagin avec succès au bout de quatre jours et demi. Pour retirer la pince, on en fixe de nouveau, par le moyen des ressorts, les deux manches aux branches de l'instrument, et, par le moyen du pas de vis, on l'ouvre autant que possible, on le tourne un peu vers l'un ou l'autre côté; ensuite, avec l'index de la main du même côté, on cherche à arriver

dans le vagin, au-dessus des mors de la même branche, et en même temps la pince est retournée de l'autre côté, en sorte que le doigt vienne se loger au milieu des deux branches. Dès lors la pince peut être retirée de la même manière qu'elle a été introduite.

Cet instrument me paraît être d'une application difficile » on ne doit jamais être certain que les lèvres de la fistule soient saisies. Il est difficile de régler le degré de compression nécessaire pour maintenir les lèvres de la fistule rapprochées, et si on dépasse certaines limites, on est exposé à frapper de gangrène les bords et les parties voisines de la fistule.

M. Lallemand, de Montpellier, a inventé un instrument dont j'emprunte la description à l'auteur même: «Cet instrument, qu'on peut appeler *sonde érigne*, ou *sonde unissante*, se compose de trois parties bien distinctes par leurs fonctions. La première est destinée à garantir la solution de continuité du contact des urines; la seconde joue le rôle des aiguilles dans le bec de lièvre, et la troisième remplace l'action des fils unissants dans les sutures.

«1° La sonde a 4 pouces de long sur 3 lignes de diamètre. Un bec d'aiguière est adapté à l'une de ses extrémités, pour diriger les urines. Un disque de 8 lignes de diamètre est soudé entre le bec d'aiguière et la sonde, pour fournir un point d'appui au ressort à boudin; un écrou, recevant le pas de vis du moteur des crochets, est soudé à la partie supérieure de l'ouverture de la sonde. Vers le milieu de la lon-

gueur de la sonde, une coulisse, fixée à la voûte, reçoit le moteur des crochets, lui permet de s'élever et de s'abaisser, et l'empêche de dévier à droite ou à gauche. A 10 lignes de l'extrémité vésicale de la sonde, sont deux trous d'une ligne en carré, écartés l'un de l'autre d'une ligne et demie; enfin la sonde est terminée par une ouverture elliptique pratiquée sur la paroi inférieure, pour recevoir les urines à mesure qu'elles tombent dans la partie déclive de la vessie.

« 2° Le moteur des crochets est une tige de 4 pouces de long sur une ligne de diamètre ; son extrémité est terminée par un bouton crénelé sur les bords, pour être tourné entre les doigts. A 10 lignes, commence un pas de vis de 6 lignes d'étendue, reçu dans l'écrou soudé à la partie supérieure de la sonde; deux boutons, terminant ce pas de vis, arrêtent le mouvement de rotation, et indiquent à l'opérateur que les crochets sont entièrement sortis ou rentrés. L'extrémité de la tige se termine par deux ou trois pas de vis qui reçoivent un écrou demi-sphérique, dont la surface plane forme, avec un renflement semblable du moteur des crochets, une gorge circulaire d'une demi-ligne de largeur, qui reçoit l'anneau, et dans lequel tourne la tige. L'anneau porte un appendice qui est reçu dans une échancrure pratiquée sur la barre transversale des crochets. L'anneau et les crochets sont traversés par une goupille qui les réunit; les crochets ressemblent à des griffes de chat, un peu plus écartées à leur sommet qu'à leur base.

« 3° Le ressort à boudin, d'argent écroui, abandonné à lui-même, occupe un espace de 3 pouces; comprimé, comme il l'est avant l'application de l'instrument, il fait équilibre à un poids d'une livre et demie; comprimé au même degré que pendant l'application de l'instrument, il fait équilibre à un poids d'une livre deux onces : cette tension du ressort, calculée sur l'effet à produire, et sur la résistance des parties, s'étant rencontrée dans les limites les plus convenables, il importe de la conserver exactement. Pour l'évaluer en poids, il suffit de pendre au cordon de la plaque un récipient dans lequel on met de la grenaille, et qu'on pèse ensuite. La plaque mobile, de forme circulaire, a 1 pouce de diamètre, et l'épaisseur d'une carte à jouer; l'ouverture par laquelle elle reçoit la sonde est près du bord supérieur, à cause du pubis et du clitoris; deux anneaux reçoivent des cordons qui se nouent entre le moteur des crochets et le bec d'aiguière. Quand on veut comprimer le ressort, une bande de papier, collée sur la sonde, indique la profondeur à laquelle l'instrument doit être enfoncé; un rouleau de charpie, placé au-devant de la plaque mobile, protége les parties contre une pression trop dure, et des bords très-minces. Le mécanisme de la sonde érigne est on ne peut pas plus simple. La forme et la disposition des crochets sont telles, que, quand ils sont rentrés, si l'on tourne la tige qui les supporte de gauche à droite, ils sont poussés vers le bord postérieur de l'ouverture qui leur donne passage, et que, le rencontrant par

leur convexité, ils sont poussés en bas et en avant. C'est sur ce bord postérieur qu'ils prennent un point d'appui, lorsque, étant entrés dans les chairs, ils sont attirés en avant par la sonde, qui tend à sortir de la vessie. Quand ensuite on tourne le moteur des crochets de droite à gauche, la concavité des crochets se rapproche du bord antérieur de l'ouverture, qui les force à se relever, et à rentrer dans la sonde : la rentrée et la sortie des crochets exige un mouvement d'abaissement ou d'élévation dans la partie de la tige qui les supporte. Le centre de ce mouvement se passe dans l'écrou adapté à la partie supérieure de la sonde; pour qu'il soit facile, il faut que l'écrou ait peu d'étendue en largeur, et laisse un peu de jeu au pas de vis.

« L'action du ressort et de la plaque est encore plus facile à concevoir. Quand les crochets sont entrés dans la paroi vésico-vaginale, le ressort, abandonné à lui-même, refoule la plaque mobile, la charpie et le méat urinaire vers la vessie, et pousse la sonde comme pour la faire sortir du canal; la sonde entraîne avec elle les crochets, et ceux-ci entraînent la paroi vésico-vaginale. »

Tel est l'instrument dont M. Lallemand s'est servi dans le plus grand nombre des opérations qu'il a faites.

Cependant, assez récemment, ce chirurgien lui a fait subir quelques modifications, celle, par exemple, de remplacer le ressort à boudin par une plaque curseur. Les avantages que M. Lallemand attribue à son instru-

ment sur la suture dans tous les cas où la fistule est transversale ou peut être ramenée à cette forme, sont : qu'il maintient rapprochées dans un rapport convenable les lèvres de la plaie ; que la pression peut être augmentée ou diminuée à volonté, ce qu'on ne peut produire avec la suture ; que par son emploi les bords de la plaie ne peuvent se renverser en haut, parce que la sonde, exactement collée sur la vessie par les crochets, ne saurait être soulevée ; que si les bords se renversaient en bas, le doigt indicateur, placé sous la fistule pendant l'application de l'instrument, s'en apercevrait aussitôt, et s'opposerait à ce déplacement. Ces avantages pourraient n'être pas tous aussi évidents que le pense l'inventeur. L'observation a démontré, par exemple, que l'instrument n'a pas toujours le degré de fixité convenable pour mettre invariablement en rapport les lèvres de la fistule. Est-il facile de graduer à volonté le degré de traction exercé par l'instrument (qu'on se serve du ressort à boudin, ou qu'on se serve du curseur) sur le bord supérieur de la fistule ? Un élève de l'école de Montpellier, M. Caubet, a cru devoir manifester dans sa thèse la crainte que cette traction, qui ne s'exerce que sur la lèvre postérieure, ne fût trop forte, malgré toutes les précautions, et ne vînt à déchirer facilement la cloison. Au reste, si on n'avait pas d'autres objections à faire à la suture, il serait possible et facile de graduer la constriction des fils à l'aide de serre-nœuds. Est-il bien établi que la sonde soit toujours si exactement appliquée à la surface de la

vessie, qu'un des bords de la fistule ne puisse être renversé en totalité ou en partie entre elle et la surface de la poche urinaire ? Je ne le pense pas. Suffit-il, enfin, d'avoir constaté avec l'indicateur le renversement de ces mêmes bords en sens inverse de celui que je viens d'indiquer, et de les remettre dans une position convenable, pour assurer l'immobilité de leur contact pendant tout le temps indispensable pour opérer la réunion de la fistule, si ce déplacement avait de la tendance à se reproduire ? Enfin la présence des crochets détermine des irritations comme corps étranger, elle ramollit les tissus par l'inflammation qu'elle détermine, et dispose les piqûres à être déchirées par une pression moindre que celle exercée dans le principe.

C'est dans le but d'obvier à la mobilité de la sonde, au déchirement possible par les crochets, qui tirent sur la lèvre postérieure, d'empêcher le renversement des bords fistuleux, et de ne pas condamner à une immobilité complète les malades soumises au traitement, que M. Caubet a proposé un nouvel instrument, ou même modifié celui de M. Lallemand. L'instrument est une sonde double érigne, dont les crochets supérieurs et inférieurs agissent en sens inverse, et attirent, les premiers, la lèvre supérieure de la fistule en bas, tandis que les inférieurs, accrochant la lèvre, inférieure la repoussent en haut, à la rencontre de la première. Cet instrument n'a jamais été appliqué sur la femme vivante.

Avant d'appliquer son instrument, M. Lallemand

s'assure de la disposition de la fistule par le toucher. et au moyen du spéculum ; il en prend l'empreinte à l'aide d'un bâton de cire à modeler, application heureuse empruntée par ce praticien aux maladies des voies urinaires de l'homme, pour le traitement de l'infirmité qui nous occupe. Il avive les bords de la fistule, en détruit les callosités par une ou plus ordinairement plusieurs cautérisations faites avec le nitrate d'argent; et ce n'est que quand il s'est assuré par la vue que la chute des eschares a laissé après elle des bourgeons charnus de bonne nature, et bien disposés pour la réunion, qu'il procède au rapprochement des bords de la solution de continuité. Dans ses premières opérations, ainsi qu'on peut le voir dans le mémoire qu'il a publié en 1825, dans les *Archives de médecine*, M. Lallemand donnait exclusivement la préférence au nitrate d'argent, pour aviver les bords de la fistule, et rejetait absolument le cautère actuel pour ce premier temps de l'opération.

Il paraît aujourd'hui, d'après le rapport fait à l'Institut par M. Breschet, sur un nouveau mémoire inédit du professeur de Montpellier, que ce chirurgien emploie le fer rouge toutes les fois qu'il a besoin de détruire certaines parties, de niveler les inégalités, surtout lorsque l'ouverture est étendue, ou bien, lorsque, étant petite, elle est masquée et sinueuse, et que son trajet ne peut être parcouru par un cylindre de nitrate d'argent.

L'intestin rectum a été évacué par un lavement

ou par un purgatif administré la veille : la malade étant placée sur le bord de son lit, les cuisses écartées et soutenues par des aides, la tête soulevée et légèrement fléchie sur la poitrine par des oreillers convenablement disposés, le chirurgien procède à l'opération. Je ne crois pouvoir mieux faire pour la décrire que de rapporter l'observation suivante, dans laquelle l'auteur en a exposé lui-même tous les temps. C'est, du reste, une occasion de rapporter un des plus beaux succès qui aient été obtenus : on trouvera aussi, dans les détails de cette observation, et dans les suivantes, la confirmation de plusieurs des propositions que je viens d'avancer.

OBSERVATION.

« Madame Martin, de Marseille, âgée de trente ans, éprouva les premières douleurs de l'enfantement dans la matinée du 14 février 1824; son accouchement fut très laborieux : deux jours après, l'accouchée commença à ne plus pouvoir uriner; on fut obligé, pendant sept jours, de vider la vessie avec la sonde. Le neuvième jour, une incontinence d'urine succéda tout à coup à la rétention complète, et la chute de plusieurs lambeaux d'une eschare gangréneuse fit découvrir une fistule vésico-vaginale occupant le col de la vessie, et permettant d'introduire le doigt dans cet organe à travers une ouverture que le chirurgien estima de l'étendue d'une pièce de 1 franc. Il mit une sonde de gomme élastique dans la vessie, et de

temps en temps cautérisa les bords de la fistule avec le nitrate d'argent fixé dans le porte-crayon ordinaire. Au bout d'un mois, la circonférence de l'ouverture s'était tellement resserrée transversalement, que la perte de substance semblait réparée. Pour favoriser la réunion, le chirurgien, suivant le précepte de Desault, introduisit dans le vagin un tampon de charpie enduit de cérat et saupoudré de sulfate d'alumine. Au bout de quatre jours, le tampon, fatiguant beaucoup la malade, fut retiré sans avoir produit aucun résultat avantageux. Le 26 mars on remplaça les sondes de gomme élastique par celles d'argent, qui empêchaient beaucoup mieux le passage de l'urine par la fistule. On continua à cautériser.

« Le 6 mai, retour des règles, urines sanguinolentes.

« Le 20 mai, introduction dans le vagin d'un tampon de gomme élastique, dans l'intention de forcer les bords de la fistule à se réunir. Deux jours après, douleurs insupportables qui forcent à retirer le tampon.

« Le 22 mai, le chirurgien déclara la fistule incurable; la malade se rendit à Montpellier.

« Le 26 mai, je la trouvai couchée sur le dos, portant dans la vessie une sonde fixée à un bandage en double T, conduisant les urines dans un vase de ferblanc. Dès que la sonde était retirée, elles s'échappaient par le vagin.

« Le doigt introduit dans le vagin me fit reconnaître, vers le col de la vessie, une fente transversale très-étendue, dont les bords durs et calleux étaient presque en contact. Un rouleau de cire à mouler, d'un

pouce et demi de diamètre, substitué au doigt, et pressé de bas en haut, prit l'empreinte de la fistule. Avant de le retirer, je fis, avec l'ongle, une échancrure profonde au niveau du méat urinaire : le porte-empreinte me rapporta, à quatorze lignes de distance de cette échancrure, une saillie demi-circulaire de sept lignes de longueur, et d'une demi-ligne d'épaisseur, représentant la forme et les dimensions de la fistule. En examinant le profil de cette empreinte, il était facile de voir que la surface de la paroi supérieure du vagin, comprise entre le méat urinaire et la fistule, était plus basse d'une demi-ligne que celle qui, de la fistule, se dirigeait vers le col de l'utérus, c'est-à-dire que la première correspondait au canal uréthral, et la deuxième à la paroi vésico-vaginale. Ainsi, la fistule occupait précisément le col de la vessie. Son siége et sa direction transversale m'expliquèrent facilement pourquoi les urines étaient tantôt retenues dans la vessie, tantôt expulsées involontairement. La malade étant assise, la matrice entraînait la paroi vésico-vaginale vers l'ouverture de la vulve, appliquait son bord postérieur contre son bord antérieur; fermée par le poids des parties, elle cessait alors de laisser passer les urines, jusqu'à ce que, s'étant accumulées dans la vessie, elles en distendissent les parois, et produisissent ainsi l'écartement des bords de cette fente. Pour croiser une cuisse sur l'autre, la malade était obligée de contracter les muscles de l'abdomen, afin de fixer le bassin; lorsqu'elle voulait tousser, cracher, etc., le diaphragme

poussait en bas les viscères abdominaux, et, dans tous ces cas, la vessie comprimée forçait l'urine à passer par la fistule. Il en était de même dans la station, la progression, etc. Quand la malade était couchée sur le dos, les parois de l'abdomen étaient dans le relâchement; mais l'utérus entraînait la vessie vers le sacrum, éloignait par conséquent le bord postérieur de la fistule de son bord antérieur.

« Il était évident que les moyens employés jusqu'à présent dans le traitement des fistules vésico-vaginales étaient insuffisants pour procurer la réunion d'une solution de continuité de sept lignes de longueur. Il ne suffisait pas de mettre les bords en état de se réunir, et de les garantir du passage des urines, il fallait encore les mettre en contact, et les y maintenir exactement pendant quatre ou cinq jours. Les deux premières conditions ne pouvaient guère présenter de difficultés, mais la dernière était plus difficile à remplir; je ne désespérai cependant pas d'y parvenir.

« Je ne pouvais rafraîchir les bords de la fistule avec l'instrument tranchant; la cautérisation avec le fer rouge ne me parut pas exempte d'inconvénients et même de dangers, sur une surface aussi étendue. On avait déjà employé le nitrate d'argent sans succès, mais à l'aide d'un porte-crayon ordinaire; son action n'avait pu s'étendre au delà de la membrane muqueuse du vagin; je pensai donc, malgré ces antécédents, que le nitrate d'argent suffirait pour développer une inflammation susceptible de se terminer par adhérence, pourvu qu'on le fit pénétrer dans

toute l'étendue de la fistule. Pour y parvenir, je fixai un cône de nitrate d'argent, de trois lignes de longueur, dans le chaton d'une bague faite pour recevoir seulement l'extrémité de la dernière phalange du doigt indicateur. Pour qu'elle collât plus exactement sur la peau, je fis aplatir l'anneau comme une lanière de carte à jouer; il fut ensuite coupé dans le point opposé au chaton, afin qu'on pût le resserrer à volonté. La sonde devait garantir suffisamment la fistule du contact des urines.

« Quant à la réunion des bords de la perte de substance, comme elle avait une direction tout à fait transversale, ma première pensée fut qu'on pourrait en obtenir le rapprochement en tirant les extrémités en sens contraire, comme une boutonnière, et pour y parvenir, je fis construire une espèce de forceps dont on pouvait graduer l'écartement à l'aide d'une vis de rappel placée à l'extrémité des branches extérieures.

« Le 10 juin, j'essayai le dilatateur, et je m'assurai qu'il produisait le rapprochement désiré; je le retirai, et je cautérisai de la manière suivante: la pulpe du doigt indicateur gauche étant appliquée sur la fistule, le doigt indicateur droit, armé de la bague, fut introduit dans le vagin, le long du premier, et la pulpe dirigée en bas. Arrivé au niveau de la fistule, je retournai la pulpe du doigt en haut, et j'y fis pénétrer le cône de nitrate d'argent, sentant distinctement les bords de la fistule en deçà et au delà de la bague, et je la promenai transversalement d'un

angle à l'autre. En un instant le nitrate d'argent fut dissous; la douleur fut beaucoup plus vive et plus profonde que dans toutes les cautérisations précédentes. (Injection d'eau tiède dans le canal et dans le vagin.)

« Le lendemain, douleur très-vive, surtout dans la région de la vessie; fréquentes envies d'uriner.

« Le troisième jour, j'examinai l'état des parties avec un spéculum uteri coupé à sa partie supérieure, les eschares étaient presque toutes détachées, mais les surfaces n'étaient ni assez rouges, ni assez tuméfiées, pour que je pusse espérer que l'inflammation fût susceptible de produire la réunion; en conséquence, je pratiquai une seconde cautérisation. Le 15 juin, chute des eschares, surfaces cautérisées d'un rouge vif, sensibles et tuméfiées; introduction d'une sonde d'argent dans la vessie; application du dilatateur en forme de forceps. Dans la journée, douleur vive du côté du rectum et de la vessie, insomnie, nuit agitée, élancements du côté de la matrice. Le lendemain, la malade, malgré tout son courage, ne put supporter plus longtemps les tourments que lui causait la distension transversale du vagin; l'instrument fut retiré, mais la sonde fut maintenue dans la vessie, afin de constater l'effet que produirait l'inflammation aiguë développée par ces deux cautérisations. Au bout de dix jours, je retirai la sonde : l'écoulement des urines avait lieu absolument de la même manière et dans les mêmes circonstances qu'avant la cautérisation. Je m'attendais à ce résultat, à cause de la grande éten-

due de la fistule; aussi je n'avais cessé de chercher le moyen d'obtenir la réunion immédiate des surfaces enflammées par un procédé analogue à celui qu'on emploie pour le bec-de-lièvre. Dans tous les projets que je formais, devant laisser une sonde à demeure dans la vessie, j'imaginai d'y adapter mes moyens de réunion. Je pensai qu'on pouvait renfermer dans sa cavité une espèce d'érigne double, qui, au moyen d'un levier armé d'un pas de vis, sortirait par deux trous pratiqués à quelque distance de l'extrémité vésicale de la sonde, et pénétrerait dans la paroi vésico-vaginale, derrière le bord postérieur de la fistule, tandis qu'à l'autre extrémité de la sonde on pouvait placer un ressort à boudin, qui, prenant un point d'appui sur un ressort soudé à son orifice, et l'autre sur une large plaque mobile, refoulerait vers la vessie le canal uréthral, et pousserait en même temps la sonde en dehors, et avec elle les crochets implantés dans la paroi vésico-vaginale. J'exposai mes intentions à un mécanicien, qui me fabriqua mon instrument avec un grand succès.

« Le 24 juin, ayant ôté la plaque mobile et le ressort à boudin, ayant fait rentrer les crochets dans l'intérieur de l'instrument, je l'introduisis dans la vessie comme une sonde de femme ordinaire, et je l'y laissai pendant vingt-quatre heures, pour m'assurer qu'elle empêchait efficacement les urines de passer par la fistule.

« Le 25 juin, cautérisation semblable aux deux précédentes.

« Le 26, nouvelle cautérisation.

« Les 27 et 28, deux lavements par jour, pour vider le rectum; bouillon pour tout aliment, afin d'éviter la nécessité de la défécation pendant le séjour de l'instrument.

« Le 29, à l'aide du spéculum uteri, je m'assurai que les eschares étaient tombées, que les bords de la fistule étaient rouges, tuméfiés, et en pleine suppuration : le moment me parut favorable pour tenter la réunion. Il paraît que l'érigne double pénétra dans la paroi vésico-vaginale à cinq ou six lignes de la lèvre postérieure de la fistule; celle-ci était située à quatorze lignes de l'ouverture du méat : il fallait donc que les deux ouvertures de la sonde, par lesquelles devaient sortir les deux crochets, fussent introduites à vingt lignes du méat. Je collai sur la sonde une petite bande de papier à vingt lignes de ces deux ouvertures; comprimant ensuite le ressort à boudin, je rapprochai la plaque mobile de l'extrémité de la sonde, et je la fixai en nouant les cordons passés dans les deux anneaux, entre le bec d'aiguière adapté à la sonde, et le moteur des crochets.

« Tout étant ainsi disposé, j'introduisis la sonde jusqu'à la bandelette de papier, je fis tenir l'instrument par un aide, j'appliquai la pulpe du doigt indicateur de la main gauche derrière la fistule, pour faciliter l'introduction des crochets dans la paroi vésico-vaginale, et m'assurer du point précis sur lequel ils agissaient; avec l'autre main, je fis tourner de gauche à droite le pivot destiné à faire mouvoir les crochets.

A mesure qu'ils sortaient de la sonde, je les sentais pénétrer dans les parties molles, à cinq lignes environ du bord postérieur de la fistule. Quand la pointe fut sur le point de traverser la membrane muqueuse, je retirai mon doigt, et je continuai à faire sortir les crochets de la sonde : ils marchèrent alors d'arrière en avant dans la paroi vésico-vaginale. Enfin le pas de vis était épuisé, le mouvement de rotation du pivot fut arrêté, et je fus certain que les crochets étaient en place. Je mis un rouleau de charpie au devant de la plaque mobile, afin de garantir les parties molles; je dénouai les cordons qui la retenaient, et le ressort à boudin, n'étant plus comprimé, la poussa, ainsi que la charpie, contre l'ouverture du méat urinaire. Ne pouvant y pénétrer, elle refoula le canal uréthral vers la vessie, et servit ensuite de point d'appui au ressort à boudin, qui poussa la sonde en dehors : celle-ci entraîna avec elle les crochets de l'érigne double, et, avec eux, la paroi vésico-vaginale, dans laquelle ils étaient implantés. Après l'application de l'instrument, le doigt indicateur reconnut que les bords de la fistule étaient exactement affrontés, qu'ils s'étaient rapprochés de quatre à cinq lignes du méat urinaire, et que le canal uréthral était beaucoup plus court qu'avant.

« La douleur produite par les crochets fut très-vive pendant deux heures; mais la malade la dissimula dans la crainte que je retirasse l'instrument. (Limonade, orgeat, un bouillon.)

« Pendant la journée, urines abondantes et claires,

passant en totalité par la sonde; nuit assez bonne, quelques heures d'un sommeil léger et interrompu; diminution de la douleur locale, quelques coliques, douleur et pesanteur dans la région des reins, apparition anticipée des règles. Pendant les trois jours suivants, l'écoulement du sang fut plus abondant que de coutume, mais ne fut accompagné d'aucun accident, et ne nuisit en rien à l'application de l'instrument. Les urines furent toujours claires et naturelles, tandis qu'aux époques menstruelles précédentes, celles mêmes qui sortaient par la sonde étaient sanguinolentes. Cette circonstance me confirma dans l'opinion que l'instrument affrontait exactement les lèvres de la fistule, puisque le sang ne pouvait plus, comme autrefois, passer du vagin dans la vessie. Au bout de trois jours et demi, craignant que l'inflammation déterminée par les crochets, en diminuant la cohésion des tissus, n'en favorisât la déchirure, je fis cesser l'effet du ressort, en fixant la plaque mobile à l'aide des cordons; je retirai le tampon de charpie; je fis rentrer les crochets dans l'intérieur de la sonde, et je la laissai en place comme une sonde de femme ordinaire. (Soupe, œufs clairs; le lendemain, aliments légers.)

« Le 4 juillet. quelques gouttes d'urine ayant passé par le vagin, je retirai l'instrument, et je remarquai, à quatre lignes des ouvertures destinées au passage des crochets, une tache d'un brun noirâtre. Comme elle correspondait à la fistule, et que la partie de la sonde qui était hors du canal avait la même couleur bron-

zée, j'attribuai cette tache à l'action de l'air à travers le centre de cette ouverture; j'introduisis une sonde plus petite. (Plusieurs lavements émollients.)

« Le 5, des coliques rapprochées annoncèrent le retour des selles supprimées depuis six jours. Malgré un lavement émollient, cette fonction exigea la soustraction de la sonde : elle ne fut pas replacée; et cependant la malade resta deux heures couchée sur le dos ou sur le côté, sans rendre une goutte d'urine. Les jours suivants, elle dormit pendant six ou sept heures de suite sans être mouillée. Cette amélioration dans sa position lui causa une joie dont il serait difficile de se faire une idée, si on ne se rappelait que pendant quatre mois elle était restée couchée sur le dos avec une sonde dans la vessie. Encouragée par ce premier succès, elle sollicitait avec impatience une seconde application de l'instrument. Le 10 juillet, j'explorai la fistule, et je trouvai qu'elle avait diminué d'un tiers de chaque côté. Cinquième cautérisation, plus douloureuse que les précédentes (deux bouillons). Le 11, bords de la fistule plus gonflés, plus rouges, et plus sensibles qu'après les cautérisations précédentes.

« Le 12, seconde application de la sonde érigne; crochets appliqués à huit lignes de la fistule, afin qu'ils ne pénètrent pas dans les mêmes trous; tampon de charpie appliqué au devant de la plaque mobile, un peu plus épais que la première fois.

« Il résulta de ces deux circonstances peu importantes en apparence, que le ressort à boudin fut plus comprimé, et agit par conséquent avec une force plus

grande que la première fois. Cette légère augmentation d'action faillit avoir des conséquences fâcheuses: dans la journée, la malade souffrit beaucoup, mais elle s'efforça de dissimuler ses douleurs, pour qu'on ne touchât pas à l'instrument. Le soir, les idées devinrent incohérentes; enfin, elle délira. Quand j'arrivai, je trouvai la figure fort colorée; les membres étaient de temps en temps affectés de mouvements spasmodiques, mais il n'existait point de fièvre, et, chose assez remarquable, ce n'était pas de la traction exercée par les crochets que la malade se plaignait, mais de la compression produite par le tampon de charpie. La douleur était contusive et accompagnée d'engourdissement dans les aines et dans les cuisses: je diminuai l'effet du ressort à boudin, en retirant de quatre à cinq lignes la plaque mobile, et en la fixant à l'aide des cordons qui y sont adaptés; quelques minutes après, tout cet appareil effrayant de symptômes avait disparu. Le lendemain, je relâchai un peu les cordons, et le troisième jour je laissai de nouveau le ressort entièrement libre.

« Le 16, au matin, quatre jours après l'application de la sonde érigne, je fixai la plaque vers l'extrémité de la sonde, j'enlevai la charpie, je fis rentrer les crochets, et je laissai l'instrument à demeure, en guise de sonde. Deux jours après, craignant que l'urine ne repassât par les trous destinés aux crochets, j'y substituai une sonde ordinaire. En examinant la sonde à l'endroit qui correspondait à la fistule, je vis avec une grande satisfaction qu'il n'existait pas la moindre

tache, tandis que tout ce qui était resté au dehors du canal était, comme la première fois, d'un brun noirâtre : j'en augurai que la fistule était complétement fermée. Le 17, quelques aliments légers, plusieurs lavements. Le soir, la malade éprouva des coliques accompagnées de besoins pressants; elle retira la sonde, et après beaucoup de temps et d'efforts, rendit une selle dure et copieuse, sans qu'il passât une seule goutte d'urine par le vagin. Malgré une aussi rude épreuve, elle resta longtemps debout et immobile, dans la crainte de voir s'évanouir toutes ses espérances. Cependant elle regagna son lit, où elle tomba évanouie, suivant ses expressions, de joie plutôt que de faiblesse. Bientôt après, elle se leva, s'assit, marcha, sans que rien s'échappât par la fistule. Le soir, je trouvai la malade dans une situation morale dont on aurait peine à se faire une idée : c'était un état qui tenait du délire et de la folie. Cependant il n'y avait que cinq jours que la sonde érigne avait été appliquée; la distension de la vessie ou l'impulsion des urines pouvait amener la déchirure de la cicatrice : je replaçai la sonde dans la vessie. Le lendemain, et les jours suivants, je la retirai; mais je fis sonder la malade toutes les quatre ou cinq heures. Depuis le 22, la malade urina sans sonde, et elle remarqua que le jet, plus rapide et plus long qu'avant la maladie, était lancé presque horizontalement. Le 25, pour mieux constater sa guérison, madame M***, après avoir commencé à rendre ses urines, en suspendit plusieurs fois le jet pendant quelque temps,

sans que jamais rien s'échappât par la fistule. Après un tel essai, je devais croire la guérison à l'abri de tout événement!..... mais je n'avais pas tout prévu. Le 28, je trouvai la malade au désespoir. Il était passé de l'urine par le vagin, probablement à la suite de quelque autre épreuve dont je ne pus cependant obtenir l'aveu, ni d'elle, ni de son mari. Dans la journée, il s'écoula encore quelques gouttes d'urine.

« Le 29, j'explorai la fistule avec un stylet très-mince, courbé à angle très-droit; mais je ne pus le faire pénétrer jusque dans la vessie. Je pris l'empreinte des parties avec la cire à mouler, et je ne remarquai à l'endroit qui correspondait à la fistule qu'une saillie presque imperceptible, de l'épaisseur d'une carte à jouer, et de deux lignes au plus de longueur. Je pensai, d'après ces indices et le peu d'urine qui s'échappait, que la déchirure de la cicatrice devait être fort bornée. Cependant, je crus devoir pratiquer une nouvelle cautérisation : mais comme l'ouverture était très-étroite et difficile à rencontrer, je me servis cette fois du speculum uteri, et je fixai un cône très-effilé de nitrate d'argent à l'extrémité d'un stylet recourbé, au moyen duquel je le portai dans la fistule. La douleur produite par cette cautérisation fut très-légère.

« Immédiatement après, l'incontinence d'urine cessa, et comme elle ne reparut pas après la chute des escharres, je dispensai la malade de garder une sonde dans la vessie. Elle resta encore environ un mois à Montpellier, pour un ongle entré dans les chairs.

ne prit aucune précaution, et partit sans avoir rien observé de nouveau. Quelques jours après, je reçus de madame M*** une lettre dans laquelle elle m'apprenait qu'à la fin de son voyage elle avait senti, en arrivant, quelques gouttes d'urine passer par le vagin. Je lui recommandai de garder le lit et de laisser une sonde dans la vessie pendant quelques jours. Peu de temps après, elle m'écrivit que l'urine ne s'échappait par le vagin que pendant son émission naturelle par le canal, que cela n'était pas même certain, et qu'en supposant qu'elle ne s'était pas trompée, c'était si peu de chose, qu'elle se regardait comme guérie, et ne ferait rien si son état n'empirait pas. Je ne voulus cependant pas publier cette observation sans avoir de nouveaux renseignements; voici ceux que je viens de recevoir : « Depuis deux mois, madame M*** est absolument dans le même état qu'avant son accouchement. Pendant quinze jours, elle a mis tous les matins du papier de soie à l'ouverture de la vulve, et chaque fois qu'elle l'a examiné, il était sec ou seulement imbibé de quelques mucosités qui ne pénétraient pas jusqu'au linge dont elle se garnissait. Depuis lors, elle ne s'est aperçue de rien, malgré des fatigues corporelles peu ordinaire pour une femme, et des peines morales très-vives. »

Il est impossible, à mon avis, de ne pas considérer cette observation comme un cas de guérison complète. Des doutes, cependant, s'étaient déjà élevés à cet égard, quand M. Jeanselme, par un mémoire pu-

blié dans le journal *l'Expérience*, en 1838, a amené, de la part de M. Lallemand et de MM. Cauvière et Alagail (de Marseille), des affirmations et des détails qui me paraissent avoir tranché la discussion d'une manière péremptoire.

« Nous croyons devoir vous dire, écrivent ces deux derniers médecins aux rédacteurs du journal *l'Expérience*, que nous avons souvent donné des soins à madame Martin depuis son retour de Montpellier; que l'un de nous l'a assistée dans un accouchement prématuré, qui a eu lieu vers le sixième mois de la grossesse, événement qui a dû mettre la cicatrice à une rude épreuve; que nous voyons journellement madame Martin, et que depuis douze ans qu'elle a été opérée, il n'est pas passé une goutte d'urine par le vagin, qu'elle les garde dans la vessie pendant douze et treize heures sans la moindre incommodité, ce que peu de femmes pourraient faire »

C'était pour répondre aux doutes déjà émis sur la guérison complète de cette malade que M. Lallemand avait publié dans les *Archives*, avril 1835, l'observation suivante : nous la rapportons encore d'autant plus volontiers qu'on y trouve clairement exposés plusieurs des préceptes qui président à l'opération dont nous nous occupons, et la manière de les mettre en pratique.

OBSERVATION.

Fistule vésico-vaginale de plus d'un pouce de long sur quatre lignes de large, complétement guérie, après deux ans d'existence, par une seule application de la sonde érigne.

Françoise Fépon, des environs d'Aix (Savoie), blonde, forte, d'un tempérament sanguin très-prononcé, d'une santé robuste, devint enceinte à vingt-deux ans. Sa grossesse fut des plus heureuses, mais il n'en fut pas de même de son accouchement. Habitant la campagne, elle fut assistée par une sage-femme, qui laissa la tête de l'enfant engagée dans le bassin pendant vingt-quatre heures, avant de se décider à appeler un chirurgien, et celui-ci ne put opérer la délivrance qu'au moyen des crochets : l'enfant était mort. Immédiatement après l'accouchement, l'urine s'écoula par le vagin, ce qui doit faire attribuer la perforation de la vessie à l'action des crochets, et non à la pression exercée par la tête de l'enfant. En effet, dans ce cas, qui est le plus ordinaire, la fistule ne se déclare qu'à la chute des eschares. Depuis ce moment, la totalité de l'urine a continué à passer par le vagin, quelle que fût la position de la malade, et le besoin d'uriner ne s'est plus fait sentir. Après deux ans de traitements variés, mais également infructueux, Françoise Fépon vint à Montpellier, et entra à l'hôpital Saint-Éloi, le 14 avril

1833. Son embonpoint était encore remarquable, son teint fort coloré; ses fonctions continuaient à s'exercer avec la plus parfaite régularité, malgré les tourments inséparables de la plus dégoûtante infirmité, et l'action des divers agents employés pour la guérir. Du reste, elle était calme, pleine de confiance, et résignée à tout pour guérir.

Je fis prendre des bains, raser les parties, et, après quelques jours de repos, j'explorai la fistule, afin de déterminer, aussi exactement que possible, son étendue, sa forme, sa direction et sa distance du méat urinaire. J'y parvins facilement à l'aide d'un spéculum ouvert dans sa moitié supérieure, et coupé en bec de flûte, d'un stylet courbe, et d'une sonde de femme; mais, pour plus de précision, je pris une empreinte de la fistule par le vagin. Je constatai par ces divers moyens que le bord antérieur de la fistule était à un pouce quatre lignes de l'ouverture extérieure de l'urèthre, qu'elle avait la forme d'un croissant à concavité tournée en avant, que sa direction était à peu près transversale; enfin, que son grand diamètre avait au moins un pouce d'étendue, et l'antéro-postérieur environ quatre lignes.

Le 23 avril, après avoir introduit dans la vessie une sonde de femme, pour abaisser la paroi vésico-vaginale, et dans le vagin le spéculum dont j'ai parlé, je cautérisai pour la première fois la fistule, à l'aide d'un cylindre de nitrate-d'argent, fixé perpendiculairement au bout d'une longue tige de fer, bifurquée et serrée par un anneau. Immédiatement après, je

pratiquai plusieurs injections dans la vessie. La malade n'éprouva pas de douleur ni même de cuisson.

Le 27, seconde cautérisation semblable à la première, suivie de vives cuissons dans les bords de la fistule. Le 29, apparition des règles. Le 2 mai, troisième cautérisation suivie de cuissons plus vives et plus prolongées. Le 8, quatrième cautérisation, accompagnée et suivie de douleurs assez prononcées. Diminution de l'appétit. Bains, limonade. Le 13, cinquième cautérisation, accompagnée et suivie d'élancements douloureux. Le 14, perte de l'appétit, symptômes de l'embarras gastrique. Vingt-quatre grains d'ipécacuanha. Le 15, des mucosités purulentes sortent par le vagin ; les bords de la fistule sont tuméfiés, rouges, saignants au plus léger contact; l'urine est mêlée de stries de sang, les eschares commencent à se détacher; tout annonce que l'inflammation est assez intense pour amener la réunion immédiate. Les eschares vont se détacher, c'est le moment le plus favorable pour l'application de la sonde érigne; il y a trop peu de temps que les règles sont passées pour qu'on puisse craindre leur retour, mais il importe aussi de prévenir la malade contre les besoins d'aller à la selle pendant la cicatrisation. Deux onces de sulfate de soude à prendre pendant la nuit. Le 16, dans la matinée, plusieurs selles copieuses; dans la soirée, j'introduis une sonde de femme dans la vessie, et les doigts indicateur et médius dans la fistule, pour achever de faire tomber des restes d'eschares. Les doigts en ramènent, en effet, quelques débris,

mêlés de stries de sang d'un rouge vif; toute la surface des lèvres de la fistule en laisse exsuder de nombreuses gouttelettes. Cette circonstance me paraît du plus heureux augure. Immédiatement après, j'applique la sonde érigne de la manière que j'ai indiquée ailleurs (observation précédente). Dès que le ressort est lâché, les bords de la fistule se trouvent exactement affrontés, et le doigt n'est pas encore retiré du vagin que des gouttes d'urine tombent dans le creux de la main. L'instrument, retenu par l'action opposée des crochets de la plaque, reste si solidement fixé dans la position la plus convenable, que je juge inutile d'employer aucun moyen pour l'assujettir. Pendant toute cette opération, la malade ne proféra pas la moindre plainte, et dit seulement avoir éprouvé une piqûre assez vive, quand les crochets entraient dans la vessie.

La poitrine, la tête et les cuisses sont soutenues par des oreillers, et les urines reçues dans un vase plat. Bouillons et boissons émollientes. Pendant trois jours, calme parfait. Le quatrième, douleur dans le vagin, espèce de pincement du côté de la vessie. Le 21, cinquième jour, l'instrument est retiré, et remplacé par une sonde de femme ordinaire, qui donne également issue à l'urine. Pas une goutte ne passe par le vagin. Le 22, la sonde d'argent est remplacée par une sonde de gomme élastique, moins incommode pour la malade.

Le 23, la sonde s'étant engorgée, l'urine s'accumule dans la vessie. Après bien des efforts, la malade

parvient à l'expulser, mais elle passe entre la sonde et le canal; il ne s'en échappe cependant pas une seule goutte par le vagin (retour des règles). Les jours suivants, on prévient l'obstruction de la sonde par de fréquentes injections.

Le 8 juin, la malade retire la sonde, se promène pendant trois heures. Après, quoique pressée par le vif besoin d'uriner, elle y résiste jusqu'à ce qu'elle ait atteint les lieux communs, qui sont à l'extrémité de la salle, et voit avec surprise son urine lancée horizontalement à plus de deux pieds de distance. La joie qu'elle en éprouve est tellement délirante, qu'on peut craindre un instant qu'elle en perde la raison. Depuis ce moment, Françoise Fépon se livre aux plus rudes travaux de la maison, sans que, pendant deux mois, il ait passé une seule goutte d'urine par le vagin. Avant qu'elle quitte l'hôpital, je prends une nouvelle empreinte des parties, et j'obtiens, au niveau de la cicatrice, une saillie transversale presque filiforme, de cinq à six lignes de longueur, assez semblable au raphé du scrotum.

Un an après, dans un voyage que je fis aux eaux d'Aix, j'eus occasion de m'assurer que la guérison ne s'était pas démentie. »

C'est à l'occasion de cette malade que M. Deville, élève de l'Hôtel-Dieu-St.-Éloi, dit dans sa thèse inaugurale, 1833 : « Depuis ce moment (11 juin), elle n'eut plus la sonde, et m'a assuré bien des fois qu'elle était entièrement guérie. Je l'ai examinée moi-même, et ai pris l'empreinte de la cicatrice. »

Quelle que soit l'étendue de la confiance que j'accorde aux travaux et aux assertions de l'honorable M. Lallemand, je croirais manquer à la science si je passais sous silence ce que vient d'écrire, au sujet de cette malade, M. le professeur Serre, de Montpellier, dans un mémoire lu à la Société de médecine pratique de cette ville, le 15 juin 1840, et publié récemment dans plusieurs journaux de médecine de Paris. « Or il résulte, dit-il, des notes que j'ai prises moi-même, en avril 1833, à l'égard de la femme Françoise Fépon, qu'elle a été réellement soulagée, peut-être autant par les cinq cautérisations auxquelles elle fut soumise avant l'opération, que par l'application de la sonde érigne, mais qu'elle n'a jamais été complétement guérie. Je me rappelle même avoir vu souvent, à cette époque, les personnes qui faisaient le service intérieur de la salle, lui reprocher de tromper ainsi celui qui l'avait opérée, et je ne suis pas le seul à l'avoir entendu. Ce que je puis certifier aussi, c'est d'avoir trouvé quelquefois, à la visite du matin, la chemise ou le drap de lit de cette malade mouillés d'urine, alors cependant qu'elle disait que la fistule était cicatrisée, le tout pour se soustraire à de nouvelles opérations. »

A côté de ces succès, je vais rapporter plus brièvement des observations dans lesquelles les choses ne se sont pas passées d'une manière aussi heureuse.

OBSERVATION.

« Une femme, nommée Marie Carrier, eut un pre-

mier accouchement si laborieux, qu'on fut obligé d'avoir recours aux crochets pour le terminer. Après le travail, un flot d'urine s'épancha par le vagin. Cinq mois après, M. Delpech refusa de l'opérer, à cause de la trop grande perte de substance. Deux ans après, elle se présenta à M. Lallemand, qui jugea l'opération praticable. Cette malade était bien réglée, et, si l'on excepte une constipation opiniâtre, et un écoulement vaginal qui datait de l'époque des couches, elle était dans un bon état de santé. Il y avait dans le vagin des rétrécissements et des brides en forme de croissants, situés sur le côté de ce conduit. M. Lallemand les détruisit, et cautérisa à différentes reprises les bords de la fistule. Après quatre de ces ravivements, faits à des époques peu éloignées, il procéda à l'application de la sonde érigne. D'abord les urines passèrent par la sonde; mais, deux jours après, elles coulèrent par le vagin, l'instrument n'ayant pas été complétement fixé sur les lèvres de la plaie. Cette première application détermina de la céphalalgie, une chaleur incommode, de la fréquence du pouls; le visage s'anima, la pointe de la langue rougit, il y eut de la soif; enfin il survint des élancements continuels dans les organes génitaux, ce qui obligea à recourir à des évacuations sanguines. On enleva l'instrument, dont un des crochets était mal sorti, pour cautériser de nouveau, et réappliquer la sonde érigne. Trois jours après, courbature, élancements dans la vessie et les organes génitaux, douleurs vives dans le ventre, qui devient sensible à la

pression. M. Lallemand est encore obligé d'enlever la sonde. Les symptômes s'aggravèrent, la malade faillit mourir. Echappée à ce danger, son désespoir la fit tomber dans un état voisin de la démence, où elle était encore lorsqu'elle succomba au bout de six mois. »

OBSERVATION.

« Marie Cartier, âgée de trente-six ans, nerveuse, très-irritable, fut atteinte d'une fistule urinaire, à la suite d'un accouchement laborieux, terminé par le forceps. Elle entra à l'hôpital Saint-Éloi le 5 février 1834. Le vagin était tellement rétréci dans sa portion utérine, que le doigt ne pouvait arriver jusqu'au col. Le grand diamètre de cette fistule, éloignée de quelques lignes en arrière du col de la vessie, était dirigé transversalement, et n'avait pas plus de huit lignes d'étendue. L'urine passait en totalité par la fistule, et pourtant elle était conservée pendant quatre, cinq, et même six heures. Cette femme était réglée. On essaya plusieurs cautérisations avec le nitrate d'argent : les dernières produisirent plus de douleur que les premières ; l'urine put être gardée plus longtemps. Les lèvres de la fistule étant gonflées, M. Lallemand procéda à leur rapprochement au moyen de son instrument. L'application des crochets occasionna des douleurs vives pendant les premières heures de l'opération. Quatre jours après, la sonde fut retirée ; le cinquième, il s'écoula de l'urine par le vagin. La malade

sortit désespérée : les urines s'écoulaient continuellement. » (*Thèse* de M. Jules Bouisson, de Marseille, soute- nue à la Faculté de médecine de Paris, le 1er juin 1837.)

OBSERVATION.

« J'ai vu, dit M. Deville (dans une thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier le 30 août 1833), dans le courant de l'année 1832, une autre femme, âgée de trente-huit ans, également robuste, entrée dans la même salle pour une affection de même nature. L'ouverture de la plaie était très-étendue, ce qui nécessita plusieurs fois l'application de la sonde érigne. Deux applications avaient été faites : les trois quarts de la fistule étaient déjà cicatrisés, et une guérison radicale devait indubitablement suivre la troisième application de l'instrument ; mais la malade, découragée par certaines personnes, voulut absolument sortir de l'hôpital sans être entièrement guérie. »

Ces observations ne sont pas les seuls cas dans lesquels M. Lallemand ait appliqué son procédé à des fistules vésico-vaginales. D'après le rapport de M. Breschet, déjà cité, il a pratiqué cette opération quinze fois, et les thèses de la Faculté de Montpellier en contiennent quelques exemples. Il compte sept guérisons complètes, et, dans les sept cas, quatre fistules

avaient neuf à dix-huit lignes d'étendue transversale; trois étaient placées au bas-fond de la vessie; deux étaient accompagnées de brides qui oblitéraient en partie le vagin, et qui ont rendu les manœuvres opératoires très-difficiles. M. Lallemand compte six insuccès, dont trois cas de mort. Loin de moi la pensée de suspecter en quoi que ce soit les observations qui viennent d'un homme tel que M. Lallemand; mais, au point où en est aujourd'hui la question de guérison des fistules vésico-vaginales, il me paraît indispensable de conserver son libre droit d'examen sur les faits de ce genre, et d'attendre, pour les admettre ou les rejeter, que leur publicité ait permis d'en peser toutes les circonstances, d'en examiner les moindres détails, de vérifier les assertions qu'ils contiennent, pour en faire ressortir un hommage éclatant à la vérité.

Telle qu'il l'a instituée et perfectionnée, avec la somme incontestable de revers et de succès qu'on ne peut lui refuser, l'opération de M. Lallemand n'a peut-être pas tenu tous les avantages que son auteur semblait, dans le principe, s'en promettre, et je suis convaincu que ce chirurgien n'écrirait pas aujourd'hui, comme en 1825, qu'il ne doute pas que beaucoup de fistules vésico-vaginales, regardées généralement comme incurables, ne soient susceptibles d'une guérison radicale par des procédés simples et *tout à fait exempts de dangers*. Il me semble que c'est trop accorder à la sonde érigne que de lui faire jouer le rôle d'un instrument unissant, qu'on pourrait com-

parer, par exemple, à la suture du bec-de-lièvre. Ainsi que nous l'avons vu dans l'observation de madame Martin, et qu'on l'a observé dans d'autres cas, elle n'a pas la fixité d'une suture; elle n'agit réellement que sur l'une des lèvres de la fistule, et dans les cas d'écartement très-grand, il est difficile qu'elle en amène les bords au contact, et surtout les y maintienne. Si je ne me trompe, elle rapproche les parties mieux, mais à la manière du tampon, au moins pour la lèvre inférieure. Il resterait enfin à déterminer pour quelle part l'avivement par la cautérisation est dans le succès de la méthode, ce qui n'ôterait rien à la valeur des guérisons en elles-mêmes, mais ce qui pourrait modifier l'idée à se former sur la sûreté du résultat de l'opération envisagée dans son ensemble. Enfin, il s'en faut que l'opération soit toujours innocente : la présence des crochets dans l'épaisseur des parois de la vessie détermine quelquefois des douleurs, des inflammations, qui, dans quelques cas, ont été le point de départ d'accidents graves, et même mortels.

En somme, bien que le procédé de M. Lallemand n'ait pas tous les avantages qu'on a désiré lui trouver, et qu'il présente des inconvénients, des dangers réels qu'on ne peut pas toujours prévenir, il n'en est pas moins un des plus ingénieux, et d'une utilité incontestable : sa découverte a été un progrès pour la science, et le signal d'une nouvelle impulsion donnée en France aux recherches ayant pour but la guérison d'une des plus déplorables infirmités.

L'instrument de M. Lallemand est surtout applicable aux fistules transversales, qui sont, du reste, de beaucoup les plus nombreuses. Mais on conçoit qu'on pourrait facilement le modifier, et cette indication n'a point échappé à M. Lallemand.

M. Laugier a inventé un instrument du même genre, auquel il donne le nom d'*érigne vaginale.* « C'est une espèce de pince de Museux à deux ou trois crochets, suivant la largeur de la fistule. Cette pince est à deux branches séparées, que l'on doit introduire isolément dans le vagin, et fixer l'une après l'autre dans sa paroi vésico-vaginale, à quelques lignes des lèvres de la fistule préalablement rafraîchies : une fois fixées, on doit les réunir, comme les branches du forceps de Smellie, puis les rapprocher, et les serrer avec une vis semblable à celle de l'entérotôme de Dupuytren. Ce rapprochement de leurs extrémités libres entraîne celui des crochets, et, par conséquent, des lèvres de la fistule. »

Telle est la description générale de son instrument. Mais pour l'adapter aux diverses directions que peut présenter la fistule, M. Laugier lui a fait subir quelques modifications secondaires : ainsi, il a une érigne pour les fistules transversales, une autre pour les fistules longitudinales, et, en courbant un peu les branches de cette dernière, il la rend propre à réunir les lèvres des fistules obliques.

Cet instrument diffère donc de celui de M. Lallemand, principalement en ce qu'il ne saisit les lèvres de la fistule que par le vagin, tandis que la sonde

érigne pénétrant d'abord dans la vessie, les perce de la vessie vers le vagin. L'érigne vaginale aurait, d'après M. Laugier, les avantages de la sonde érigne, sans en avoir les inconvénients; elle rapprocherait aussi exactement les lèvres de la fistule; elle serait au moins aussi facile à placer; elle aurait l'avantage de pouvoir être appliquée sans traverser de part en part la paroi vésico-vaginale, et pourrait, enfin, servir au traitement des fistules vaginales qui s'ouvrent dans le rectum, comme à celles qui pénètrent dans la vessie. Cet instrument, dont les avantages n'ont point encore été sanctionnés par l'expérience, nous paraît mériter plusieurs des objections faites à celui de M. Lallemand. Ainsi n'a-t on point à craindre que, sur une paroi aussi mobile que la cloison vésico-vaginale, les simples crochets ne puissent maintenir exactement affrontées les lèvres d'une fistule un peu étendue? Quand on sait combien est variable l'épaisseur des différents points du contour d'une fistule vésico-vaginale, n'est-on pas en droit de douter qu'il sera toujours facile de ne point faire pénétrer l'instrument dans la vessie? Enfin, par la dépression laissée du côté de cet organe, l'urine n'aura-t-elle point une facilité plus grande à se faire jour du côté du vagin, et ne compromettra-t-elle pas plus fréquemment le succès de l'opération? Plusieurs imitations de cet instrument ont été produites. Elles remplissent les mêmes indications, et ne présentent que des modifications assez insignifiantes. C'est un moyen qui n'a pas été, que je sache, fréquemment

appliqué. Une observation, dans laquelle on y a eu recours, a été communiquée à l'Académie de médecine par M. Taillefer, médecin à Honfleur. Bien que cette observation, telle qu'elle est consigné dans les bulletins, manque des détails qui pourraient la rendre plus utile, je crois devoir la rapporter.

OBSERVATION.

La femme atteinte de cette infirmité racontait que pendant son premier accouchement, la tête de l'enfant était restée engagée dans le bassin pendant douze heures, et que c'est après cet accident qu'elle s'était aperçue que les urines coulaient involontairement dans son lit. M. Taillefer, consulté, porta un doigt dans le vagin, et découvrit sur la cloison recto-vaginale une perforation assez grande pour admettre l'extrémité du doigt, et située à treize ou quatorze lignes au-dessus du méat urinaire. Après avoir avivé les bords de la fistule par cinq cautérisations successives avec le nitrate d'argent, M Taillefer jugea qu'il ne restait plus qu'à les mettre en contact. Dans ce dessein, il fit fabriquer une érigne fort analogue à l'érigne vaginale de M. Laugier. Cet instrument, introduit dans le vagin pour ménager la vessie, est placé de manière à maintenir rapprochées les deux lèvres de la plaie. La femme se tient couchée ; et pour prévenir les efforts de défécation durant la cicatrisation, on lui prescrit une tisane légèrement laxative, et une nourriture peu abondante. Dès l'instant de son application, les urines

coulèrent par la sonde, un peu entre la sonde et le canal, moins encore par le vagin. Huit jours après il retira l'instrument. La réunion de la plaie était complète, ou du moins il ne restait qu'une petite fissure; l'urine sortait par l'urèthre, et la femme avait recouvré le sentiment qui l'avertissait du besoin d'uriner.

Dupuytren, frappé surtout d'un inconvénient qu'on peut reprocher à l'instrument de M. Lallemand d'introduire dans la vessie et dans la paroi vésico-vaginale des crochets qui agissent comme corps étrangers, en imagina un qui a avec la sonde érigne la plus grande analogie, et qui n'en diffère qu'en ce que la partie destinée à attirer en avant la lèvre postérieure de la fistule est une espèce d'onglet mousse au lieu de crochets; il a, du reste, de la ressemblance avec l'instrument dont les cordonniers se servent pour prendre mesure de souliers; l'onglet ou opercule s'élève ou s'abaisse en tournant une vis à l'aide d'un mécanisme intérieur. L'observation suivante, que je dois à l'obligeance de M. le docteur Marx, offre un exemple de son application, et de guérison de fistule uréthro-vaginale. Si l'action de cet instrument est plus douce que celle de la sonde érigne, il faut convenir qu'elle est moins sûre aussi, et qu'on devra trouver rarement les occasions de l'appliquer utilement.

OBSERVATION.

Fistule uréthro-vaginale, guérie par l'application d'un nouvel instrument

Justine Pronyeux, âgée de ving-huit ans, couturière, d'une constitution lymphatique et sanguine, accoucha, pour la première fois, il y a sept ans. Le travail dura trois jours et quatre nuits, et ne put être terminé qu'à l'aide de l'application du forceps : l'enfant était mort. Une inflammation vive des parties sexuelles en fut le résultat, et fut combattue par des injections émollientes et des bains de siége. Le quatrième jour, il sortit du vagin un morceau de sang caillé, du volume d'un œuf de poule. A dater de cette époque, l'urine coula goutte à goutte, continuellement et en totalité, par le vagin. Au bout d'un mois de maladie, se trouvant rétablie, sauf l'incontinence d'urine, elle put se lever et vaquer à ses travaux; mais elle resta mal réglée, et sujette à des étouffements, et plus tard, à des accès d'hystérie. Pendant sept ans, elle consulta divers chirurgiens, qui tous regardaient la fistule comme au-dessus des ressources de l'art ; ce n'est qu'au bout de ce temps qu'elle entra à l'Hôtel-Dieu, le 23 juin.

A son entrée, l'urine s'écoulait sans cesse goutte à goutte par le vagin. Le doigt, introduit dans ce canal trouvait au-dessous de l'arcade pubienne et dans la paroi uréthro-vaginale, une ouverture transversale de

5 à 6 lignes, à bords lisses et rougeâtres. Sa position, relativement à l'arcade du pubis, laissait croire qu'elle s'ouvrait dans l'urèthre; mais l'écoulement continuel des urines ne permettait pas de douter qu'elle ne fût très-rapprochée de la vessie, et qu'elle n'atteignît au moins le col de cet organe.

On essaya de la guérir par des cautérisations répétées de ses bords à l'aide du nitrate d'argent; une sonde élastique, constamment ouverte, fut maintenue dans l'urèthre. On renonça à placer des tampons dans le vagin, à cause de la gêne qu'ils faisaient éprouver à la malade, et aussi parce qu'ils se détachaient continuellement. Le traitement fut plusieurs fois suspendu à cause d'accidents variés qu'éprouva la malade, surtout aux époques menstruelles. Du peu d'abondance de cet écoulement périodique, de ses irrégularités, de ses suppressions, résultaient des palpitations, des céphalalgies opiniâtres, des douleurs dans la poitrine, des coliques, des accès d'hystérie, accidents qui nécessitèrent plusieurs fois l'emploi des saignées locales ou générales. Ces circonstnnces ne permirent d'employer les cautérisations qu'à des intervalles assez éloignés.

Vingt et une cautérisations furent pratiquées dans l'espace de dix mois. Leur résultat fut de permettre à la malade de retenir ses urines pendant trois heures.

Voyant la longueur de ce traitement et l'incertitude de son succès, Dupuytren voulut appliquer à la guérison de cette femme l'instrument inventé par lui.

Il fut appliqué le 4 mai 1827. Les lèvres de la cicatrice ayant été parfaitement cautérisées avec un crayon de nitrate d'argent, fixé à angle droit, à l'extrémité d'une pince à anneau, il plaça l'instrument dans l'urèthre, imprima des mouvements de rotation à la vis qui occupe l'axe inférieur, afin de relever l'onglet, tira celui-ci en avant, jusqu'à ce qu'il sentît la résistance du col de la vessie ; puis il appliqua quelques boulettes de charpie entre les plaques de l'instrument et les parties sexuelles, afin d'éviter qu'il exerçât sur elle une compression nuisible ; il en plaça aussi quelques-unes dans le vagin.

Pendant six jours que l'instrument resta en place, l'urine ne passa pas par la fistule, mais par la canule de l'instrument, ou entre lui et l'urèthre, ce que la malade sentait aux cuissons qu'elle éprouvait lors de l'émission de l'urine. Quelques douleurs à la région hypogastrique, un peu d'insomnie, furent les seuls accidents qui survinrent.

Le septième jour, les règles parurent avant leur époque accoutumée. Dupuytren jugea convenable de retirer l'instrument. A dater de ce jour, la malade put retenir ses urines pendant cinq heures, et plus longtemps encore. La nuit elle les retint exactement, car l'alèse qu'elle laissait sous elle, et qui auparavant était toujours mouillée d'urine le matin à son réveil, n'offrait aucune trace d'humidité. Lors de l'émission de ce liquide, il ne s'en écoulait pas une goutte par la fistule ; elle resta pendant sept à huit jours, sans que cet état se démentît. Cédant alors au désir de retour-

ner dans son pays, elle demanda à sortir de l'hôpital, et partit le 19 mai dans un état parfait de santé.

AUTOPLASTIE.

Frappés du peu de succès obtenus par le grand nombre des moyens employés pour la guérison des fistules vésico-vaginales, les chirurgiens ont cherché d'autres routes. L'autoplastie, sur laquelle leur attention avait été éveillée dans ces dernières années, et qui avait donné à la chirurgie plusieurs moyens utiles, a été tentée par eux contre cette terrible infirmité. M. Velpeau avait, en 1832, obturé par un bouchon de téguments des fistules aériennes, et il avait alors émis l'opinion que le même moyen pourrait être appliqué à des fistules d'une autre nature. Mais c'est M. Jobert (de Lamballe) qui, le premier, en a fait l'application. Le procédé qu'il emploie pour exécuter cette opération, à laquelle il a donné le nom d'*élytroplastie*, se compose de quatre temps : 1° l'avivement, 2° la formation du lambeau, 3° la suture, 4° le rétablissement du cours des urines.

1° M. Jobert pratique l'avivement avec l'instrument tranchant. On conçoit, en effet, que cette manière doit avoir un grand avantage pour l'opération dont il s'agit : c'est une réunion par première intention, et, par conséquent, entre des surfaces sanglantes que l'on se propose d'obtenir. Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit ailleurs de ce temps de l'opération, et des difficultés que l'on éprouve pour l'exécuter ; je

veux seulement faire remarquer que le bouchon introduit par M. Jobert dans le trou fistuleux, présentant une surface sanglante d'une grande épaisseur, il y a plus de chances pour que les bords de la fistule soient en contact avec des parties saignantes, que quand on réunit ces mêmes bords entre eux.

2° Le lambeau est taillé aux dépens des grandes lèvres ou de la fesse, ou de ces deux parties à la fois; son volume et sa longueur doivent être proportionnés à la grandeur de la fistule : il vaut mieux toutefois qu'il ait un excès de largeur et d'épaisseur; mais trop volumineux, trop gros, il gênerait l'opérateur, et le forcerait à en retrancher une partie. Sa forme doit, en général, être ovalaire, et il doit comprendre dans son épaisseur, non-seulement la peau, mais encore plusieurs couches superposées, y compris le tissu adipeux. Ces couches soutiennent la peau, conduisent les vaisseaux, et préviennent la gangrène. Le pédicule doit avoir des dimensions plus grandes que celles du lambeau lui-même; il doit avoir une longueur assez considérable, parce qu'il subit une rétraction pendant qu'il suppure. Chez les femmes grasses, il vaut mieux qu'il soit taillé aux dépens des grandes lèvres que de la fesse : on en conçoit la raison, parce que le tissu adipeux passe plus facilement à la suppuration qu'il ne se réunit. Pour tailler ce lambeau, les parties étant convenablement rasées, le chirurgien fait tendre ou tend lui-même la grande lèvre, et fait avec le bistouri, sur le côté externe de cette grande lèvre, une incision de haut en bas, pendant laquelle

il soutient toujours les téguments; et quand il juge que cette première incision est assez longue, il lui fait décrire un demi-cercle pour la conduire de bas en haut sur le côté externe de la grande lèvre, jusqu'à ce qu'il soit arrivé vis à vis le point de départ. Cette incision, en forme d'arcade renversée, circonscrit un lambeau à sommet arrondi. On comprend qu'on pourrait l'obtenir par deux incisions parallèles conduites de haut en bas, et dont les extrémités inférieures seraient réunies par une incision transversale curviligne. La dissection de ce lambeau doit être faite du sommet vers le pédicule, de dehors en dedans; elle doit comprendre plusieurs couches de parties molles, et pénétrer plutôt trop profondément que de se rapprocher de la peau. Le lambeau taillé et disséqué, et plié sur lui-même, doit être porté dans toute la fistule.

3° Pour cela, le sommet du lambeau est traversé par un fil ciré assez large et long; une sonde est introduite par l'urèthre dans la vessie; on en ramène l'extrémité dans le vagin par la fistule, pour engager les deux fils dans les yeux de cette sonde; en la retirant, on ramène ces deux fils au dehors par l'urèthre. Le lambeau est alors poussé d'une main dans le vagin, tandis que de l'autre on tire doucement sur le fil jusqu'à ce que le lambeau soit en contact avec la fistule. Le fil est alors confié à un aide, et le chirurgien procède à la suture du lambeau et des lèvres de la fistule. Pour y parvenir, le doigt indicateur étant introduit le long du lambeau, une aiguille, emmanchée sur une pince à staphyloraphie, est por-

tée vers l'un des angles de la fistule; la pointe de l'aiguille est alors enfoncée d'un seul coup au travers du lambeau et des lèvres de la fistule. L'aiguille est saisie avec des pinces à pansement, et ramenée au dehors, entraînant à sa suite le fil dont elle est armée. On en fait autant pour l'angle opposé de la fistule. Les fils sont noués à l'aide d'une pince, d'une sonde de femme, ou de tout autre instrument analogue. Le nœud doit être assez serré; les fils sont maintenus pendants au dehors de la vulve. On pourrait se servir d'un serre-nœud : le fil qui sort par l'urèthre doit être fixé sur une des cuisses de la malade, à l'aide d'un emplâtre agglutinatif. 4° Une large sonde est introduite dans l'urèthre pour donner issue à l'urine, elle est tenue constamment ouverte et disposée de telle sorte, que l'urine qui s'échappe de son orifice ne tombe pas sur la plaie du lambeau. Cette sonde doit être introduite avec précaution, parce que le lambeau qui bouche la fistule, faisant saillie dans la vessie, pourrait être heurté par elle, ce qu'il faut éviter. On fixe la sonde à l'aide d'un bandage de corps. La malade sera placée dans la position horizontale et dans l'immobilité, pour prévenir le dérangement de la sonde et l'irritation qu'elle pourrait produire.

Les phénomènes qui se passent après cette opération sont des phénomènes inflammatoires qui, s'emparant du lambeau et des bords de la fistule, les ramollissent, de sorte qu'ils sont bientôt coupés, et les fils tombent. Cette chute a lieu, dit M. Jobert, du dixième au quatorzième jour, quelquefois plus tard.

Lorsque les choses se sont passées heureusement, le pédicule du lambeau ne doit être coupé que le plus tard possible, du trentième au quarantième jour, par exemple, et encore faut-il avoir égard à la vitalité du sujet. C'est pour l'avoir coupé prématurément (vers le quatorzième ou quinzième jour), que plusieurs fois il a été frappé de mort. Cette circonstance est expliquée par la vitalité peu considérable des parties sur lesquelles on a implanté cette greffe. La section du pédicule est suivie d'un écoulement de sang plus ou moins considérable, et d'un retrait dans les parties divisées, l'une vers le vagin, l'autre vers le point où le lambeau était implanté. M. Jobert a vu le lambeau être pris après la séparation du pédicule, de phénomènes inflammatoires, qu'il attribue au contact de l'urine, et qui s'accompagnent d'une turgescence qu'on voit se dissiper avec l'inflammation ; il a remarqué qu'après la séparation du pédicule, il était, quoique vivant, privé de sensibilité. La peau conserve en totalité sa structure. La plaie extérieure, produite par l'excision du lambeau, doit être convenablement rapprochée : tel est le procédé imaginé et exécuté par M. Jobert. Il cite à l'appui de ses opinions, et pour établir la supériorité de sa méthode, l'observation suivante, que j'extrais de la *Gazette médicale*.

OBSERVATION.

« La nommée Eugénie Ese fut opérée une première fois à l'hôpital Saint-Louis par mon procédé élytro-

plastique. Cette tentative ne fut pas couronnée de succès, parce que, cédant à l'impatience de la malade, je coupai le pédicule trop tôt, le quatorzième jour de l'opération: il en résulta la gangrène de tout le lambeau, et le rétablissement de la fistule. Cette femme ne se découragea pas; elle rentra à l'hôpital le 4 février 1835, pour y subir la même opération. Après avoir préparé cette malade par des bains, des boissons délayantes et de doux laxatifs, je l'opérai; mais le lambeau ne fut pas seulement, comme la première fois, taillé aux dépens des parties génitales, je le taillai diagonalement, de dedans en dehors, de la partie inférieure des grandes lèvres jusque sur la fesse, aux dépens de laquelle il fut fait en grande partie. Le lendemain de l'opération, la malade était bien, et les urines coulaient par la sonde. Elle fut calme jusqu'au troisième jour, époque à laquelle elle fut prise d'une violente toux, qui céda à un traitement approprié. Le 2 avril, après de vives émotions, elle eut des envies de vomir, des vomissements, du dévoiement; enfin elle présenta un appareil de symptômes qui étaient faits pour alarmer sur son état, d'autant plus que la plupart des malades de la salle Saint-Augustin étaient en proie à des accidents semblables. Le 3 avril, au matin, la face était profondément altérée, la diarrhée continuait, il y avait de la fréquence et de la petitesse du pouls. L'eau de Seltz et des lavements laudanisés firent cesser les vomissements et les coliques. Le 5 la malade était bien: il sortit par la sonde une certaine quantité de sang

mêlé à de l'urine. Le onzième jour, le fil qui était passé dans le sommet du lambeau tomba. Depuis ce moment jusqu'au 2 mai, c'est-à-dire trente-six jours après l'opération, la malade a été dans un état satisfaisant, si bien que le pédicule a été coupé le 3 mai. Au moment de la section, il s'est écoulé une assez grande quantité de sang artériel, et le pédicule s'est rétracté dans la vulve, presque derrière le méat urinaire. La plaie de la fesse était tout-à-fait guérie au moment de cette section. L'écoulement des urines donna lieu à des cuissons, et bientôt on aperçut le lambeau qui s'avançait peu à peu au niveau du méat urinaire, pas tout à fait en avant de celui-ci. Ce phénomène était évidemment dû à l'inflammation qui s'en était emparée, à son gonflement et à l'infiltration de la lymphe dans son épaisseur, par suite du contact d'un liquide irritant, de l'urine. La surface du lambeau suppura, puis pâlit, et se rétracta à mesure que la suppuration se tarissait. Les poils qui s'étaient développés sur ce lambeau, de gris qu'ils étaient, devinrent noirs. Ces changements remarquables cadraient parfaitement avec l'état général, qui était devenu bon, ainsi que l'embonpoint, qui avait succédé à une extrême maigreur. Le 8 mai la sonde fut supprimée. La malade sentait le besoin d'uriner comme avant la fistule, et cependant elle avait la conscience de l'écoulement d'une petite quantité d'urine par le vagin, ce que je reconnus, en effet, avec une sonde introduite dans la vessie. Une certaine quantité d'urine coulait

par un angle de la fistule qui n'avait pas été ravivé, et où le lambeau n'avait pas adhéré.

Je pus, à l'aide d'un mandrin creux chargé d'un morceau de nitrate d'argent maintenu dans son intérieur par un coulant, cautériser la petite ouverture fistuleuse, en portant ce mandrin dans la vessie au moyen d'une sonde de femme dont l'extrémité était ouverte de manière à laisser passer le mandrin, lorsque le doigt, introduit dans le vagin, reconnut que la sonde, portée par l'urèthre, était parvenue sur l'ouverture vésicale de la fistule. Je renouvelai cette cautérisation plusieurs fois, à huit jours d'intervalle, sans que la malade éprouvât aucune espèce d'accident. Loin de voir qu'il y eût la moindre amélioration par le nitrate d'argent, je m'aperçus avec regret que les urines s'écoulaient avec un peu plus de facilité qu'avant la cautérisation. Cependant, la pierre infernale avait au moins servi à raviver les bords de cette petite fistule, et permettait de mettre ces lèvres en contact : c'est ce que je fis à l'aide d'un fil dont les deux extrémités traversaient, l'une, l'angle du lambeau, et l'autre la lèvre opposée, de manière qu'il existait dans la vessie une anse de fil, dont les deux extrémités sortaient par la vulve ; je les passai dans le serre-nœud de Desault, et les fixai aux deux anneaux, de telle sorte que l'extrémité du serre-nœud fut poussée dans l'intérieur du vagin jusqu'aux lèvres de la plaie, assez pour les mettre en contact. Ce serre-nœud fut maintenu en place ; huit jours après, je retirai

mes fils et mon serre-nœud. Tout cela se fit facilement; je tirai sur une extrémité du fil qui entraîna l'autre dans la vessie, et la fit sortir ensuite par le vagin. Il ne s'écoula plus d'urine par le vagin, et aujourd'hui, deux mois après l'opération, cette femme, que je n'ai pas perdue de vue, ne présente plus de traces de son infirmité. »

Cette malade, sur la guérison de laquelle s'étaient élevés des doutes au sein de l'Académie, a été examinée par une commission de cette société savante quatre mois après sa sortie de l'hôpital Saint-Louis. Cet examen a démontré que la malade rendait toutes ses urines par l'urèthre; qu'elle éprouvait le besoin d'uriner, qu'elle satisfaisait à volonté, et à des heures ordinaires.

Le vagin et la vulve étaient exempts de l'inflammation et des ulcérations qui existaient avant l'opération; la malade n'éprouvait plus de douleurs. En portant le doigt dans le vagin, on sentait, sur la paroi antérieure de ce conduit, un tampon de la grosseur d'une pomme d'api, dont la circonférence adhérait aux parties voisines, et à la surface duquel sont implantés des poils de la couleur de ceux qui ombragent le pubis de cette femme.

Dans un second examen, on retira, par l'introduction d'une sonde dans la vessie, 8 onces 2 gros d'urine. La sonde éprouva quelques difficultés à passer, ce que l'on attribua à la saillie du lambeau. L'urine était belle et sans mucosités, le vagin sans inflammation; enfin on injecta une décoction de bois de cam-

pêche dans la vessie, et tout est venu par l'urèthre, rien par le vagin.

Le mémoire de M. Jobert contient encore une observation de laquelle il résulte une seconde guérison. Entre autres circonstances remarquables de cette observation, je signalerai celle d'une hémorrhagie copieuse fournie par trois artérioles, après la section du bourrelet formé par la base du lambeau.

L'époque à laquelle cette observation a été écrite ne me permet pas de la donner comme une cure radicale assurée, car cette observation, rédigée par M. Dubois, interne, est ainsi terminée : « Aussi l'opérée, après les soins assidus et minutieux dont nous l'avons entourée, se trouve-t-elle à une époque de traitement assez avancée pour qu'on puisse regarder la guérison comme positive et durable. » Cependant, la malade avait des incontinences d'urine nocturnes.

Mais les choses sont loin de se passer toujours d'une manière favorable ; la mort même a été la suite de cette opération, comme M. Jobert en rapporte un exemple. Plusieurs fois des lambeaux ont été gangrenés en totalité ou en partie, et les malades se sont trouvés dans des conditions moins favorables qu'auparavant. Quelques-uns de ces accidents ont, à la vérité, été attribués à des imperfections ou à des vices de l'opération. Mais il est douteux que cette méthode, qui a été proposée par son auteur comme étant d'une exécution plus simple, surtout plus inoffensive, et conduisant à un résultat plus sûr, à une cure radicale, atteigne jamais ce degré de certitude et de per-

fection si désirable : elle aura toujours contre elle les chances d'opérations autoplastiques, auxquelles il faut joindre, comme rendant plus difficile la réunion, la différence de vitalité qui existe entre la cloison vésico-vaginale et le tissu sous-cutané. Enfin, un de ses plus grands désavantages est de mettre en contact avec l'urine la surface sanglante du lambeau, circonstance qui l'expose à la gangrène, et s'oppose surtout à une réunion convenable. On ne peut cependant s'empêcher de reconnaître qu'elle a donné un des plus beaux résultats connus dans la science, que peut-être elle est susceptible d'être perfectionnée, et qu'elle pourrait être appliquée à des fistules très-étendues qui ne comporteraient pas un autre mode de traitement. Nous pensons qu'il est raisonnable de la soumettre, telle qu'elle a été inventée ou modifiée, à de nouvelles expériences, et qu'à ce titre elle doit rester dans la science.

M. le professeur Velpeau a tout récemment pratiqué l'élytroplastie en faisant subir à l'opération des modifications qui ne sont pas sans importance : elles consistent à faire, dans ce cas, ce que l'on a fait dans d'autres cas d'autoplastie, c'est-à-dire l'opération en deux temps. Dans le premier, on a taillé le lambeau qu'on a laissé se cicatriser isolément; dans le second, l'avivement a été opéré à la surface du lambeau et sur le contour de la fistule par l'application d'un pinceau imbibé d'ammoniaque. Au lieu de pratiquer la suture, c'est avec des boulettes de charpie, introduites dans le vagin, qu'on a cherché

à maintenir cette espèce de greffe par juxtaposition. Une sonde d'un très-gros calibre, de gomme élastique, a été introduite dans la vessie, et maintenue par un bandage en T. Aujourd'hui, un an après l'opération, la malade perd encore des urines par le vagin.

Le même chirurgien avait auparavant pratiqué une opération d'élytroplastie *par soulèvement d'une arcade tégumentaire*. Voici comment ce professeur décrit cette opération : « Ayant rencontré plusieurs femmes qui avaient inutilement subi l'élytroplastie par le procédé du bouchon, je pris le parti d'essayer chez elles une autre variété de l'anaplastie. Saisissant avec une érigne à double crochet la paroi postérieure du vagin, vis-à-vis de la fistule, et tirant vers la vulve cette partie, que l'indicateur introduit dans le rectum, pousse et soulève en avant, je donne l'érigne à un aide, pour avoir la main droite libre. Un bistouri droit, tenu comme une plume, me sert ensuite à inciser en travers la paroi vaginale dans l'étendue d'un pouce ou d'un pouce et demi au-dessus, puis au-dessous du point soulevé par l'érigne, en ayant soin de ne pas pénétrer jusqu'à l'intérieur du rectum. Les limites de l'arcade à construire étant ainsi établies, je glisse la pointe du bistouri à plat, de l'incision inférieure vers l'incision supérieure, dans l'épaisseur de la cloison, de manière à détacher le milieu de cette plaque du vagin, à droite et à gauche, dans l'étendue d'environ un pouce, sans ouvrir le rectum, et sans en détacher les deux extrémités. La fistule, préalablement avivée, est aussitôt traitée par la suture : chaque fil, armé de

son aiguille courbe, est d'abord passé d'avant en arrière, ou de bas en haut, au-dessous du pont vaginal, puis de la vessie dans le vagin, à travers la lèvre postérieure de la fistule, et ramené ensuite sous le pont, puis au dehors. Un second temps de l'opération consiste à traverser d'arrière en avant, et de la vessie dans le vagin, la lèvre antérieure du trou avec l'autre extrémité de chaque fil également armé d'aiguille. Cherchant à nouer ces fils en dernier lieu, on force l'arcade décollée à remonter dans la fistule, à se placer dans la vessie en même temps que les lèvres de l'ouverture pathologique viennent se mettre en contact au-dessous : le lambeau emprunté ainsi au vagin proémine dans la vessie, et se trouve réellement à cheval sur la suture. Ce procédé, qui me semblait offrir quelques chances de succès, n'en a pas moins échoué chez la seule malade que j'y ai soumise ; mais il faut dire que la fistule avait plus d'un pouce de diamètre, que toutes les parties du vagin étaient depuis longtemps dénaturées par des tentatives d'opérations de toute nature. Mon intention, en supposant que l'agglutination se fût faite, était de couper, au bout de dix ou quinze jours, d'abord une des extrémités, et un peu plus tard l'autre extrémité du lambeau, puis de laisser cicatriser insensiblement la plaie. »

M. Velpeau a encore eu l'idée d'agglutiner avec le contour de la fistule la paroi postérieure du vagin. Cette opération consisterait à cautériser énergiquement ces parties, et à les amener ensuite au point de

contact, en soulevant fortement la cloison recto-vaginale, et en la maintenant relevée au moyen de tampons ou de corps dilatants introduits dans le rectum : on pourrait plus tard rétablir la continuité du vagin en laissant sur la fistule un opercule du tissu qu'on y aurait ainsi collé. Quoique séduisante par la simplicité de son exécution, il serait à craindre que cette idée, qui n'est qu'un projet d'opération, n'eût pas de chances de succès si on la mettait en pratique ; peut-être ne pourrait-on pas maintenir en contact la cloison recto-vaginale, par une compression exercée à travers le rectum, avec la cloison vésico-vaginale, qui, étant mobile, n'offrirait pas de point d'appui; peut-être aussi que le rectum ne supporterait pas le tamponnement aussi longtemps qu'il serait nécessaire pour obtenir l'accollement des deux surfaces.

M. Leroy (d'Etiolles) a imaginé un procédé d'autoplastie dans lequel un lambeau est taillé sur la paroi postérieure du vagin par une incision semi-lunaire, qui pénètre dans l'espace celluleux triangulaire existant en avant de la cloison recto-vaginale, et par deux incisions directes, latérales. En se roulant sur lui-même, ce lambeau s'applique par sa surface saignante sur la paroi vésicale, et ferme l'orifice fistulaire; il est maintenu par des points de suture. On couperait la base du lambeau, pour rétablir la continuité du vagin, lorsque les adhérences seraient solides. Cette opération est très-ingénieuse : M. Leroy n'a pas eu occasion de l'appliquer sur le vivant. On peut lui faire toutes les objections qui s'appliquent, en général, aux

opérations de cystoplastie; mais elle me paraîtrait, *a priori*, offrir autant d'éléments de succès que la plupart des opérations de ce genre proposées pour la guérison de la maladie qui nous occupe.

Une autre espèce d'autoplastie vient d'être imaginée par M. Ferdinand Martin pour la guérison des fistules vésico-vaginales. Elle consiste à emprunter, dans l'épaisseur d'une des portions voisines de la cloison vésico-vaginale, un opercule qu'on maintient appliqué sur l'orifice de la fistule. Pour pratiquer cette opération, il se sert d'un spéculum plein, fenêtré à sa partie supérieure : l'instrument est introduit dans le vagin; la fenêtre doit correspondre au côté de la fistule sur lequel sera pris le lambeau. Celui-ci est taillé au moyen d'un petit instrument dont la pointe est courbée en forme de serpette, et dont la lame est coudée sur le manche. Deux incisions sont faites horizontalement, l'une en haut, l'autre en bas, en suivant les bords supérieur et inférieur de la fenêtre carrée du spéculum; ces deux incisions sont réunies par une troisième, verticale, qui est tirée de l'une à l'autre des deux incisions horizontales, après quoi le lambeau est disséqué dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, et l'opération est presque terminée; car il suffit de faire exécuter au spéculum un mouvement de rotation, pour que la fenêtre de l'instrument, ramenée du côté de la fistule, entraîne avec elle le lambeau, qui se trouve appliqué sur l'ouverture fistuleuse, et y est maintenu par le spéculum laissé en place dans le vagin. Avant l'opération, on

devrait avoir soin d'aviver avec la teinture de cantharides le pourtour de la fistule et la portion du vagin sur laquelle on doit emprunter le lambeau, car c'est par leurs faces vaginales que ces deux parties doivent être mises en rapport. On conçoit qu'on pourrait prendre également le lambeau en avant et en arrière de la fistule, et que, pour l'appliquer, il suffirait de faire exécuter au spéculum un mouvement de propulsion ou de retrait. Cette opération, qui est très-ingénieuse, n'a été appliquée que sur le cadavre. Plusieurs objections peuvent, à mon avis, lui être faites : la première, est qu'il doit être très-difficile de tailler un lambeau d'une épaisseur suffisante dans l'épaisseur de la cloison vésico-vaginale, sans courir les chances de perforer cette cloison, quand on se rappelle surtout que c'est dans l'intérieur du spéculum que doivent être faites les incisions. Une autre difficulté est de maintenir dans le vagin un instrument tel qu'un spéculum : les contractions de l'organe tendront sans cesse à le chasser, ou bien sa dilatation fera que le lambeau ne soit pas suffisamment maintenu contre la fistule. S'il venait à se développer, au contraire, une contraction trop forte dans le conduit vulvo-utérin, la gangrène ne pourrait elle pas s'emparer du lambeau ? Au reste, ces objections ne sauraient être que des vues *à priori*. On ne saurait trop louer les efforts et l'esprit inventif des hommes de l'art qui cherchent les moyens de guérir des affections trop souvent incurables.

Il existe encore une autre espèce d'autoplastie, qui

doit s'appliquer presque exclusivement aux fistules vésico-vaginales situées très-haut et près du col de la matrice : elle consiste à boucher l'orifice fistuleux avec la partie saillante dans le vagin du col de l'utérus. Cette opération a été pratiquée en France par M. Leroy (d'Étiolles), en 1836, à l'hôpital Beaujon et à la Pitié; ces tentatives n'ont pas eu de succès. M. Leroy (d'Étiolles) avive l'utérus avec un instrument en forme de rugine, et, pour abaisser le col, il se sert tantôt d'un fil, tantôt d'érigne, ou mieux encore, avec une tige bifurquée, qui s'ouvre dans la cavité de l'utérus. M. Horner (de Philadelphie) a eu la même idée, et son procédé a été publié en France en 1838. Il se sert, pour abaisser l'utérus, d'un instrument analogue à l'éphelcomètre de M. Guillon. M. Horner avive la fistule par la cautérisation ; son appareil, appliqué sur une femme, n'a pu être supporté que pendant deux jours : le résultat a été nul. Cette opération me paraît avoir peu de chances d'avenir : d'abord, je l'ai déjà dit, elle ne pourrait être appliquée qu'aux fistules un peu élevées dans le vagin ; c'est une opération douloureuse, et il pourrait n'être pas sans danger d'opérer un avivement sanglant sur l'utérus, d'exercer sur cet organe une traction suffisante pour l'abaisser, et de le maintenir dans cet état d'abaissement. Il paraît, en outre, difficile de comprendre que le contact de l'utérus sur le pourtour de la fistule puisse être assez longtemps immédiat pour que l'adhésion ait lieu.

Je crois enfin devoir rapprocher des opérations

d'autoplastie une idée nouvelle mise en pratique par M. le professeur Roux, bien que ce soit un cas d'insuccès, et que les occasions d'appliquer cette méthode opératoire doivent être très-rares.

OBSERVATION.

Déchirure du périnée, fistule vésico-vaginale. — Nouveau procédé. — Insuccès.

Le 10 mars 1836, entra à l'hôpital de l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, n° 2, une femme âgée de vingt-trois ans, qui, à la suite d'un premier accouchement, était restée affectée à la fois d'une déchirure du périnée et d'une fistule vésico-vaginale.

Cette déchirure est complète; elle s'étend même, en arrière de l'anus, à deux ou trois lignes de chaque côté, et comprend quelque peu de la cloison recto-vaginal. Dans le principe, les excréments s'écoulaient continuellement; mais à l'époque où nous la vîmes, la malade avait recouvré, à un assez faible degré, il est vrai, la faculté de les retenir.

La fistule est située à treize lignes environ au-dessus du méat urinaire, un peu plus à droite qu'à gauche. Elle est arrondie, et son diamètre est celui d'une sonde ordinaire. Elle paraît aboutir dans la vessie, très-peu au-dessus de l'orifice supérieur de l'urèthre. L'urine sort continuellement, et en totalité, par cette fistule, et jamais, depuis qu'elle existe, le besoin d'uriner ne s'est fait sentir.

Ayant deux maladies distinctes à traiter, M. Roux s'occupa d'abord de la fistule; et comme la déchirure du périnée lui donnait une large ouverture pour manœuvrer, il conçut le projet de disséquer dans le vagin, et de chaque côté de la fistule, un lambeau de muqueuse. Ces lambeaux, tous deux triangulaires, resteraient adhérents par leur base au pourtour de l'orifice, de manière à les mettre en contact par leur face saignante. Il constata d'abord sur des cadavres, que les parois du vagin se séparent avec facilité de celles de la vessie, et l'opération fut résolue pour le 14 avril. La malade fut couchée sur le ventre, en travers d'une table recouverte d'un matelas, le bassin élevé par un oreiller, et tout à fait sur le bord de la table. L'opérateur, placé entre ses jambes, et assis sur une chaise, mit la jambe gauche sur son épaule gauche, tandis que la droite fut soutenue par un aide à la même hauteur; d'autres aides furent chargés d'écarter les grandes lèvres. Le chirurgien introduisit par le vagin, dans la fistule, un crochet mousse, et au moyen de cet instrument il abaissa la fistule et tendit les parties. Avec un petit bistouri convexe, il fit sur la muqueuse vaginale deux incisions, dont l'une commençait un peu au-dessus, et l'autre au-dessous du diamètre vertical de l'orifice anormal : toutes deux se dirigeaient à gauche, de manière à se rencontrer à six ou sept lignes de la fistule, et à circonscrire une surface triangulaire. Puis, saisissant un bistouri allongé, étroit et très-acéré, fait de telle sorte que son tranchant regardant à gauche, sa lame soit légèrement recourbée

en avant près de la pointe ; l'opérateur l'introduisit près de la base du lambeau, entre la paroi du vagin et celle de la vessie, et le fit ressortir par l'incision supérieure. Puis, faisant marcher ce bistouri de droite à gauche, il disséqua le lambeau : celui-ci se rétracta, mais il conserva une longueur suffisante. On en fit autant du côté opposé avec un bistouri recourbé en sens inverse du précédent ; mais, malgré ces précautions prises, ce lambeau se trouva trop court : on essaya cependant d'achever l'opération. Avec des ciseaux à staphyloraphie, on fit une incision d'une ligne en haut et en bas de la fistule, afin que les bords des lambeaux, lorsqu'ils seraient mis en place, se trouvassent en contact avec une plaie récente ; puis, prenant un fil muni d'une petite aiguille courbe à chaque extrémité, on porta chacune d'elles sur la face saignante du sommet de chaque lambeau, au moyen d'un porte-aiguille, et on entraîna les extrémités du fil par la fistule et dans l'urèthre, avec une sonde de Belloc. Il devait donc alors suffire d'attirer le fil au dehors pour renverser les lambeaux dans la fistule et les mettre en contact par la face que l'on venait de disséquer ; mais ce qui se fit avec facilité pour le lambeau gauche, le droit ne s'y prêta qu'imparfaitement, à cause de sa brièveté. Les fils, tirés autant qu'il était nécessaire, furent fixés avec du diachylum sur l'une des fesses. La malade fut couchée sur le côté, et on lui mit à demeure une sonde de gomme élastique à larges yeux et à large calibre, assez lon-

gue pour conduire les urines dans un urinal. On eut la précation de ne pas trop l'enfoncer.

Le soir et le lendemain tout se passa bien. La malade eut peu de fièvre, mais ressentit beaucoup de fatigue du decubitus sur le côté ; elle éprouva aussi dans la vessie une sensation qui lui fit croire que cet organe était rempli. Malgré elle, elle fit des efforts pour uriner, et l'urine alors, au dire de cette femme, ne sortit pas par la fistule, mais par la sonde, et entre cette dernière et l'urèthre.

Le 20, les fils se sont détachés ; la sonde est obstruée par du mucus et des incrustations. La malade faisant des efforts pour uriner, ne sait si c'est autour de la sonde ou par la fistule que le liquide est sorti : celui-ci est fortement chargé de mucosités. Une sonde nouvelle est remise en place, obstruée le lendemain, remise. Mais, après quelques jours, n'ayant plus de doute que l'urine ne s'échappât par la fistule, on l'ôta pour toujours. On examina alors la fistule : elle avait absolument le même diamètre qu'auparavant; on ne voyait sur les côtés qu'un léger relief correspondant à la base des lambeaux; les plaies résultant de leur dissection étaient presque entièrement cicatrisées. La malade croit qu'une certaine quantité d'urine sort par l'urèthre, ce qui n'avait pas lieu auparavant; mais elle n'éprouve pas le besoin d'uriner.

MÉTHODE INDIRECTE.

En 1834, un de nos compétiteurs, M. Vidal (de Cassis), proposa une opération nouvelle pour traiter les fistules vésico-vaginales, et lui donna le nom de *méthode indirecte.* Elle consiste dans l'obturation de l'orifice inférieur du vagin. Il importe de déterminer dans quelles circonstances il croit devoir recourir à l'opération qu'il a créé. M. Bouisson, de Marseille (thèse de Paris, 1837), qui a reçu des communications de M. Vidal, indique que cette méthode est applicable: 1° aux pertes de substance qui comprennent la plus grande partie de la cloison vésico-vaginale; 2° aux perforations qui ont résisté aux sutures, aux instruments inciseurs, aux cautérisations, etc.; 3° lorsque les fistules sont très-reculées, et qu'elles n'ont pas d'autres limites postérieures que l'utérus. M. Vidal, d'après M. Bouisson, est tellement convaincu de l'impuissance des autres procédés dans ce cas, qu'il propose, pour élargir le cadre d'application de ses idées, d'agrandir méthodiquement les fistules qui donnent déjà lieu à un écoulement sans intermittence, en ayant soin toutefois d'épargner le col de la vessie. Un jeune écrivain, élève de M. Vidal, M. Jeanselme, a, dans la dernière édition de son mémoire, intitulé *Examen critique des guérisons de fistules vésico-vaginales,* placé la question sous un autre point de vue: « On serait, dit-il, dans une erreur bien grande, si on pensait que M. Vidal a eu

l'intention de conseiller l'obturation de la vulve dans tous les cas de fistule du bas-fond de la vessie : ce chirurgien ne propose cette ressource que pour les grands délabrements de la cloison vésico-vaginale, que pour les cas dans lesquels les autres moyens chirurgicaux on fait défaut. » C'est d'après ces notions qu'il me paraît juste et convenable d'examiner la valeur de l'opération de notre collègue. Et d'abord, disons comment il la pratique. Nous ne saurions mieux la décrire qu'en extrayant textuellement de la thèse de M. Bouisson, auquel M. Vidal l'avait remise, l'observation suivante :

OBSERVATION.

Fistule du bas-fond de la vessie. — Occlusion du vagin.

En 1834, M. Vidal pratiqua, à l'hôpital du Midi, l'occlusion du vagin sur une femme de trente-cinq ans, fortement constituée, pour une fistule du bas-fond de la vessie, qui avait déjà résisté à plusieurs procédés. La suture fut d'abord pratiquée sans succès; mais l'écoulement continuel de l'urine par cette fistule, assez grande pour permettre l'introduction de plusieurs doigts, détermina M. Vidal à essayer l'occlusion du vagin. Il aviva, avec le bistouri, l'orifice du vagin, et y plaça trois points de suture simple à l'aide d'aiguilles, qui facilitent cette opération, si pénible lorsqu'il faut embrasser une notable épaisseur des parties molles. Ces aiguilles sont fortes, longues

de deux pouces, portées sur un petit manche, et terminées en fer de lance. Le chas, percé sur cette extrémité, est assez grand pour permettre d'y passer aisément une anse de fil ciré. Les deux aiguilles étant garnies de leurs anses de fil, il traverse un des bords de l'orifice vulvaire, jusqu'à ce que ce chas paraisse entre les deux lèvres de la plaie. Il dégage alors avec des pinces l'anse de fil, qu'il laisse pendre dans la plaie, après avoir retiré l'aiguille. Il procède de la même manière de l'autre côté, et a ainsi deux anses de fil pendantes entre les deux lèvres. Il passe alors l'une des deux anses dans l'autre, et celle-ci sert de conducteur pour faire traverser la lèvre opposée à l'un des deux fils. Ces aiguilles remplaceraient avantageusement celles qu'on emploie pour la suture du périnée, et dans d'autres cas analogues. La réunion dut être très-avancée, puisque la malade pouvait faire jaillir l'urine par l'urèthre, sans que, pendant près d'un mois, il s'en écoulât une seule goutte par le vagin. Les règles survinrent et furent chassées au dehors par le même canal; mais un jour que les urines avaient de la difficulté à sortir, un élève voulant introduire une algalie dans l'urèthre, il la porta sur la cicatrice, qui fut ainsi déchirée. A l'instant, du sang sortit, et les urines s'échappèrent par le vagin. La cicatrice n'était pas assez forte pour soutenir l'action mal dirigée de la sonde, mais elle l'était déjà assez pour contenir les lèvres de la plaie, puisque les fils avaient été retirés. »

Les dernières phrases de cette observation doivent

fixer un instant notre attention. La sonde, introduite plus ou moins méthodiquement par les lèvres, a-t-elle été la cause unique de la rupture de la cicatrice, ou bien cette rupture s'est-elle opérée sous l'influence d'une perturbation morbide, et la sonde n'en a-t-elle été que l'occasion apparente? J'avoue ma tendance vers cette dernière supposition. L'observation nous démontre tous les jours, dans le traitement des plaies, des accidents de ce genre, et j'ai déjà fait remarquer ailleurs combien était puissant le contact de l'urine pour détruire les effets plastiques d'une réunion commencée. Au reste, quelle que soit l'hypothèse qu'on adopte à cet égard, l'observation reste; et si on ne doit pas la compter pour un insuccès, assurément on ne peut pas la mettre au nombre des cas de réussite. Examinons maintenant la question au fond. Le succès de l'opération est-il désirable? Je ne le pense pas. Est-il probable qu'on puisse obtenir l'occlusion de la vulve? Je ne le pense pas. En admettant le résultat heureux de l'opération de M. Vidal, on ne saurait considérer ce résultat comme une guérison de fistule vésico-vaginale, ce ne serait guère qu'une infirmité substituée à une autre infirmité. Par cette opération, en effet, non-seulement on oblitérerait le vagin, mais on constituerait une poche urinaire formée de pièces dissemblables, dont la vitalité n'est pas également résistante aux qualités irritantes de l'urine. Cette poche, formée en partie par la vessie, par le vagin, par le col de l'utérus, aurait en haut une ouverture libre, conduisant par la cavité utérine jusque dans le

péritoine, en bas, une autre ouverture représentée par l'urèthre, à laquelle il faut arriver par la perforation de la vessie. Cette poche serait nécessairement privée, dans la plus grande partie de son étendue, de la contractilité nécessaire pour évacuer le liquide urineux. Le séjour de ce liquide ne s'altérera-t-il pas ? ne contractera-t-il pas des qualités délétères ? ne donnera-t-il pas naissance à des formations calculeuses, comme des observations analogues semblent le faire craindre ? Du côté de la matrice, cet organe s'accoutumera-t-il à baigner dans l'urine ? ne résultera-t-il pas de cette circonstance des inflammations redoutables ? Enfin, jusqu'à quel point est-on assuré que le liquide ne puisse pas pénétrer en nature par la cavité de l'utérus jusque dans les trompes et dans le péritoine ? Ces objections, auxquels on n'a pas, que je sache, répondu, me paraissent difficiles à résoudre.

Si cependant, peu touché de ces raisons, on voulait recourir à cette opération, j'ai dit qu'il était peu probable qu'on vînt à agglutiner les bords de l'orifice du vagin. Quand on réunit les fistules urinaires, le principal obstacle au succès est le contact de l'urine avec les lèvres de la plaie, et son infiltration entre ces lèvres. Il est impossible, dans le cas particulier qui m'occupe, d'empêcher que ce contact ait lieu, et je ne vois pas par quel moyen on pourrait s'opposer à ce que l'urine s'insinuât entre les bords avivés de la vulve.

A l'appui de cette croyance, qu'il est peu probable que, dans de semblables circonstances, on obtienne

l'occlusion de la vulve, je citerai les deux observations suivantes : la première appartient à M. Velpeau ; elle est extraite de la thèse de M. Bouisson, déjà citée ; la deuxième est une bienveillante communication que m'a faite mon compétiteur M. Lenoir.

OBSERVATION.

Couturier (Euphrasie), âgée de trente-huit ans, d'une bonne constitution, habituellement bien portante, a toujours été bien réglée avant la maladie qui l'amène à l'hôpital de la Charité, où elle est couchée au n° 28 de la salle Sainte-Catherine.

Après trois années de mariage, elle eut, il y a un an, un accouchement qui dura trois jours ; la sortie d'un enfant mort détermina de nombreuses déchirures, qui furent accompagnées de souffrances très-vives. Au bout de deux mois environ, la malade s'aperçut de l'occlusion du vagin, par l'impossibilité du rapprochement sexuel. Il se manifesta plus tard différents accidents qui paraissent se rapporter à la menstruation. Le médecin du village fit une incision au vagin ; il s'écoula beaucoup de sang, et les règles se rétablirent ; mais bientôt la plaie se referma, et les mêmes accidents reparurent. Le chirurgien fut rappelé, fit une nouvelle incision à l'ouverture vulvaire, et en maintint les bords écartés avec des bougies. Dès le soir même, les urines, qui jusque-là avaient suivi leur conduit naturel, s'écoulèrent, sans discontinuer, par la plaie, pendant six semaines, époque à laquelle

elles recommencèrent à couler aussi par l'urèthre. Entrée à la Charité le 9 mai : l'urèthre est parfaitement libre, occlusion du vagin complète au premier coup d'œil ; ce n'est qu'après une recherche attentive, avec un stylet, qu'on parvint à trouver une ouverture étroite qui conduit dans le vagin. Les urines suintent par là quand la malade est debout ; elles passent par l'urèthre dans la position horizontale ; un fil métallique, de volume ordinaire, traverse à peine ce pertuis ; et, après son introduction, on passe une sonde par le méat urinaire ; elle tombe sur le stylet, et l'on peut constater une très-large ouverture de la cloison vésico-vaginale qui paraît régulière.

Après quelques jours employés à des soins de préparation, M. Velpeau s'occupa, non pas à détruire l'occlusion du vagin, mais à la compléter.

Le 25 mai, deux stylets chauffés à blanc furent introduits.

Le 26, pouls calme, langue naturelle. Elle a souffert assez vivement dans les parties cautérisées, mais les douleurs ont cessé. Les urines, qui ne coulent pas involontairement quand elle est couchée, suintent par le pertuis dans les mouvements qui changent la position horizontale.

Le 27, les urines coulent sans cesse par la petite fistule vaginale, et ne suivent point l'urèthre. L'ouverture cautérisée s'est arrondie, et semble plus large ; les bords en sont rouges, sans apparence de réunion. Cet état de chose dure un mois ; la malade prend cependant de l'embonpoint et de la fraîcheur ;

elle ne se plaint que de son incontinence, dont elle demande à être débarrassée. L'insuffisance du premier essai fait recourir à la suture.

Le 27 juin, un large fil est porté d'abord d'un côté à l'autre de l'ouverture; ensuite on cautérise la circonférence du pertuis avec le nitrate d'argent, et le point de suture est assez serré pour mettre en contact les parois opposées; une sonde les maintient dans l'urèthre.

Le 28, rien de notable, point de souffrance; la malade ne se plaint point de la suture, mais seulement de l'urèthre, dans lequel une sonde est à demeure...; les douleurs dans le canal deviennent assez vives pour obliger à l'ôter, et à ne la placer que momentanément plusieurs fois par jour.

Le 1er juillet, la malade dit que les urines coulent par la suture et l'urèthre quand elle est sur le dos, et par l'urèthre seulement quand elle est sur le ventre. On l'engage à prendre cette position pendant qu'on la sonde à intervalles assez rapprochés. L'appétit, d'ailleurs se réveille; l'état général est parfait; les selles continuent seulement à être très-rares.

Le 7 juillet, la malade est restée, depuis le 1er, continuellement sur le ventre; aussi les urines coulent par l'urèthre, et la réunion semble solide. On coupe le fil de la suture, et on donne une potion : infusion de menthe et huile de ricin, ℥ ij, pour amener les selles.

Le 8, selles faciles, mais peu abondantes, quelques coliques; pouls régulier, calme. Les bords de l'ou-

verture fistuleuse sont toujours en contact; ils sont roses, humectés; mais la position que garde sans cesse la femme, et le cathétérisme répété ne permettent pas à l'urine de les séparer.

Le 19, on a cessé d'introduire la sonde, dont le passage répété déterminait d'ailleurs de pénibles picotements. Elle urine cinq ou six fois par jour, quand le besoin se fait sentir. Les lèvres de la petite fistule sont légèrement humectées. Les selles n'ont lieu qu'à l'aide des lavements.

Le 25, elle s'est tenue levée plus d'une heure, et le suintement par le vagin n'a pas été plus abondant.

Le 28, elle continue à se lever; mais le suintement devient plus fort sitôt qu'elle est debout, mais jamais quand elle est couchée.

Le 22 août, lorsque la malade, ayant perdu toute espérance de guérison, quitte l'hôpital; le suintement est plus abondant que dans les jours précédents; l'urine tombe presque goutte à goutte par le trajet fistuleux.

OBSERVATION.

Fistule vésico-vaginale avec large perte de substance. Tentative infructueuse d'oblitération du vagin.

Sophie Dour, âgée de vingt-sept ans, d'une petite taille, mais d'une constitution assez forte, entra, le 17 janvier 1840, à la Pitié, dans le service de M. Sanson. Il y avait neuf mois qu'elle était accouchée d'un enfant mort; le travail avait duré quatre jours, et

l'application du forceps, devenue nécessaire, présenta quelques difficultés. La malade ne put donner des détails bien précis sur ce qui suivit sa délivrance, car elle tomba dans un état de délire qui dura huit jours. Son mari s'aperçut qu'elle urinait rarement, avec ou sans le secours de la sonde, mais qu'elle était toujours mouillée. Dans de pareilles circonstances on pouvait commettre quelque erreur sur la nature des liquides qui s'écoulaient; ce ne fut que lorsque le délire fut entièrement dissipé que cette femme s'aperçut de l'émission involontaire des urines par le vagin, qui augmentait lorsqu'elle était levée.

A son arrivée, la malade était dans l'état suivant: la membrane muqueuse des petites lèvres et de l'entrée du vagin était rouge, enflammée, ulcérée dans quelques points, présentant des duretés ou des callosités. L'orifice du vagin était tellement rétréci que le doigt ne pénétrait qu'avec peine; l'introduction d'un petit spéculum était très-douloureuse, l'écoulement de l'urine continu. En touchant la malade, le doigt pénétrait dans une ouverture transversale d'environ trois centimètres de diamètre; la lèvre antérieure était semi-lunaire, et la lèvre postérieure presque nulle, et répondait au col de l'utérus, sur lequel s'appliquait une portion de la muqueuse vésicale de manière à le recouvrir presque entièrement. A l'aide du spéculum, on voyait que la surface interne de la vessie faisait hernie dans la cavité vaginale, s'abaissant et se relevant, selon les mouvements d'expiration ou d'inspiration. Les règles n'avaient point reparu

depuis l'accouchement ; mais à chaque époque la malade éprouvait des douleurs dans la région hypogastrique. M. Lenoir chercha d'abord à dilater l'orifice du vagin ; voyant ensuite que la grandeur de perte de substance et l'absence de lèvre postérieure étaient un obstacle pour employer avec quelque chance de succès la suture, la cautérisation des bords, ou l'autoplastie, il se décida à tenter l'occlusion du vagin par la cautérisation avec le fer rouge. Quatre cautérisations, faites avec précaution sur la fourchette, dans l'espace d'un mois, n'amenèrent aucun changement dans le cours des urines ; l'orifice du vagin fut seulement un peu rétréci. Dans cette circonstance, M. Lenoir pensa qu'il aurait plus de facilité pour déterminer l'adhésion des parois vaginales, en les rapprochant au moyen de deux cylindres creux, placés, l'un dans le rectum, et l'autre dans l'urèthre, et pouvant se rapprocher à l'aide d'une vis de pression ; l'urine était sans cesse absorbée. La muqueuse vaginale fut ensuite cautérisée avec le fer rouge et la teinture éthérée de cantharides ; mais tous ces moyens échouèrent, et la malade sortit dans le même état qu'elle était entrée.

FISTULES RECTO-VAGINALES.

Opérations que nécessitent les fistules recto-vaginales.

Les fistules recto-vaginales, souvent consécutives à un accouchement laborieux, comme les fistules vé-

sico-vaginales, sont aussi, dans un bon nombre de cas, la suite d'ulcérations syphilitiques de la cloison recto-vaginale, et quelquefois aussi le résultat d'ulcérations cancéreuses. Elles présentent dans leur forme, leur étendue, les mêmes variétés que les fistules dont nous venons de parler ; mais elles offrent moins de complications. Donnant passage aux excréments pendant la défécation, dans les intervalles de cette fonction, aux gaz, aux liquides sécrétés par les follicules du rectum, et même aux matières fécales lorsqu'elles arrivent liquides dans cet intestin, elles constituent une dégoûtante infirmité, moins grave que celle produite par les fistules vésico-vaginales, mais qui n'en réclame pas moins impérieusement les secours de l'art.

Nous les diviserons, pour notre objet, sous trois chefs principaux : 1° celles qui sont au-dessus des ressources de la chirurgie, et ne sauraient rationnellement être soumises à aucune opération ; 2° celles qui, par les seuls efforts de la nature, guérissent spontanément, et proscrivent encore toute opération ; 3° celles qui, n'étant pas incurables, ne peuvent cependant guérir par le seul bénéfice de la nature. Celles-ci sont de notre domaine. Cette division a le double avantage de circonscrire la partie de mon sujet pour lequel la médecine opératoire doit intervenir, et d'établir les indications qui doivent diriger le praticien.

Fistules incurables ; contre-indication aux opérations. — 1° Parmi ces fistules, les unes sont incurables par la cause qui les a produites et les entretient : ce sont les cancers du rectum, plus rarement ceux du vagin, qui ont détruit la cloison recto-vaginale. Ces fistules sont quelquefois d'un diagnostic obscur dans le début : elles contre-indiquent toute espèce d'opération.

2° Je rangerai dans un second genre de fistules recto vaginales certaines d'entre elles peu étendues, qui, ayant persisté après la réparation de désordres très-considérables, sont, en général, rebelles à toute espèce d'opération, et ne font que s'aggraver par ce mode de traitement : telles sont certaines petites fistules qui persistent assez fréquemment après la suture du périnée suivie de succès. Je ne saurais mieux les comparer qu'à d'autres maladies du même genre, les fistules stercorales, qu'on voit souvent succéder aux anus contre nature traités par l'entérotomie, et contre lesquels viennent échouer communément nos ressources opératoires. Je dis que ces petites fistules recto-vaginales excluent les opérations ; mais dans une circonstance cependant, c'est quand on en a déjà tenté un grand nombre sans succès, et que chaque tentative aggrave la maladie. M. le professeur Roux a eu la bonté de me donner communication d'un fait de ce genre.

3° La troisième catégorie de fistules qui ne nécessitent pas d'opérations, sont celles dans lesquelles l'étendue de la perte de substance, ou l'absence congénitale de la cloison recto-vaginale, ne permettent

de tenter aucune opération. Tel était le cas dont parle M. Velpeau (*Médecine opératoire*, t. IV), d'une jeune femme entrée à l'hôpital de la Charité, et se plaignant que les matières fécales sortaient par le vagin. Cette femme, d'une bonne constution, étant bien conformée d'ailleurs, dit ne s'être jamais aperçue de son infirmité jusqu'à l'époque de son mariage. Elle l'attribuait à une rupture qui avait été produite pendant le coït; un examen attentif, et plusieurs fois répété, a permis de constater que chez cette malade il y avait absence complète de cloison recto-vaginale ; on ne retrouvait pas le moindre vestige de déchirure. Malgré l'assertion de cette malade, le chirurgien pensa que cette disposition était congénitale, et que, si cette femme soutenait ne s'en être aperçue que depuis son mariage, c'était, ou par dissimulation, ou parce que en effet, à cause de l'étroitesse de l'ouverture du vagin, les matières étaient retenues, et n'étaient expulsées que par la défécation : dans un cas de ce genre, toute opération deviendrait impossible.

Toutes les fistules congénitales ne sont pas cependant dans le même cas. Nous citerons plus tard un fait très-remarquable de fistule congénitale, opérée par M. Dieffenbach avec un succès complet.

Deuxième classe de contre-indications à l'opération. — Fistules qui guérissent spontanément.

La guérison spontanée des fistules recto-vaginales a été observée par des praticiens si recommandables.

qu'il est impossible de la révoquer en doute. Levret a dû l'observer un assez grand nombre de fois, puisqu'il fait remarquer, qu'il a profité des leçons que la nature lui a données pour favoriser la cure de ces maladies, et qu'il ne propose d'autre traitement que le suivant : Lorsque les femmes, à la suite de couches ont une perforation de la cloison recto-vaginale, il a la précaution de les faire lever peu de temps après leur accouchement, pour que l'utérus, encore volumineux et lourd, descende en vertu de son propre poids, et vienne par ce moyen, rapprocher les bords de la fistule. M. Philippe, médecin à Mortagne, rapporte un cas très-remarquable de guérison spontanée. Une malade avait été regardée par les chirurgiens les plus célèbres de la capitale, comme incurable : elle guérît à l'aide de moyens de propreté.

Fistule recto-vaginale guérie spontanément par M. Philippe, médecin à Mortagne.

Madame B..., âgée de vingt-neuf ans, d'une constitution faible et délicate, mariée depuis plusieurs années, déjà mère de deux enfants, accoucha, au mois de février 1829, d'un enfant fort, et dont la tête était grosse. L'accouchement fut heureux et naturel ; mais, quelques jours après, on s'aperçut de l'existence d'un abcès dans la cloison recto-vaginale, vers l'ouverture du vagin. Cet abcès s'ouvrit naturellement du côté de ce canal, et donna issue à un pus de bonne qualité. On agrandit cette ouverture

pour favoriser la sortie du pus, et M. Huard, mon confrère, qui avait soigné la malade jusqu'à ce moment, m'appela en consultation avec M. Saint-Lambert. Nous nous aperçumes tous que la portion de la membrane muqueuse du rectum, qui formait la paroi postérieure de l'abcès, était dans un état de mortification; bientôt elle fut entraînée par la suppuration, et il en résulta une communication entre le vagin et le rectum. On crut pouvoir obtenir l'oblitération de cette ouverture en empêchant qu'elle ne servît de passage aux matières stercorales et aux mucosités vaginales, par le moyen d'une mèche introduite dans l'anus à l'aide d'une sonde, et d'un tampon de charpie placé dans le vagin. Le tampon était ôté de temps en temps, et des injections étaient faites pour nettoyer le vagin; mais, nonobstant l'emploi de ce moyen, les vents passaient par le canal, à moins qu'on ne donnât une forte dimension au tampon, ce qui alors agrandissait la plaie, et faisait souffrir la malade. On renonça à l'emploi de ces moyens, et on se contenta de placer dans l'anus un petit tuyau de buis, de deux lignes de diamètre, pour donner aux vents une issue continuelle. Il produisit l'effet qu'on désirait: les vents et le pus ne sortaient plus que par ce conduit, et cependant, trois semaines après l'établissement de la fistule, celle-ci avait augmenté, au lieu d'avoir diminué en étendue, ayant alors dix à douze lignes d'ouverture en longueur du côté du vagin, et trois à quatre pouces du côté du rectum, se terminant par une espèce de cul-de-sac dans le tissu cellulaire for-

mant la cloison recto-vaginale, et s'étendant jusqu'au sphincter, qui était intact. Nous consultâmes alors de célèbres chirurgiens de Paris : ils témoignèrent avoir peu d'espoir de la guérison, conseillèrent des soins de propreté, et peu d'autres moyens. Nous nous bornâmes donc à prescrire le repos sur le côté, et des lotions émollientes fréquentes. Le repos ne fut pas continué aussi longtemps que nous l'aurions désiré; cependant le mal avait déjà diminué beaucoup pendant le temps où la malade s'était décidée à rester couchée. Depuis, l'amélioration a continué, et maintenant la fistule est parfaitement guérie depuis longtemps.

Ne peut-on pas regarder comme un cas de guérison spontanée, celui que rapporte M. Velpeau (*Méd. opér.*, t. IV, p. 452), d'une jeune femme qui, affectée depuis huit mois d'une fistule recto-vaginale, l'a vue céder, au bout de quinze jours, à de simples injections de vin rouge.

Il serait important de déterminer ici à quelle époque de la maladie le chirurgien ne doit plus compter sur une guérison spontanée, avant d'avoir recours à des procédés chirurgicaux. Mais c'est là une question qu'il est difficile de résoudre en se basant sur des faits : ainsi, dans quelques cas, tout travail de réparation est terminé le huitième ou le dixième jour, comme on le voit dans les observations de M. Scott. Dans d'autres cas, aussi, la nature travaille sans cesse, et opère quelquefois des résultats inespérés, comme l'observation de M. Philippe nous en fournit un

exemple : il est bien difficile, je crois, d'établir des règles précises sur l'opportunité de l'opération ; du reste, comme le chirurgien a à sa disposition d'autres moyens, il doit employer d'abord ceux qui peuvent favoriser le travail de la nature, et venir aux plus violents, lorsque les premiers auront complétement échoué.

Des fistules qui peuvent être opérées ; des opérations qui leur conviennent.

La plupart des fistules recto-vaginales, celles principalement qui sont le résultat de déchirures produites pendant l'accouchement, peuvent être soumises à une opération avec plus ou moins de chance de réussite, suivant les divers états qu'elles peuvent présenter. Les variétés sont si multipliées, les formes si nombreuses, qu'il est indispensable d'en indiquer les principales; car un procédé qui convient dans un cas, pourrait être inutile ou nuisible dans un autre; de petits trajets, plus ou moins étendus, existent quelquefois entre les deux cavités ; mon confrère, M. Ricord, a eu occasion d'en observer plusieurs ; M. Demeaux m'a communiqué également un cas observé dans le service de M. Velpeau, chez une femme qui, à la suite d'un abcès à la vulve, avait eu secondairement un trajet qui communiquait dans le vagin et dans le rectum. C'est aux fistules de ce genre que la compression, la cautérisation, et enfin l'incision faite comme aux fistules stercorales, peut être appli-

quée avec succès ; celles-là, indépendamment de leur étroitesse, qui en rend la cure plus facile, ont encore l'avantage de se trouver dans une région plus abondamment pourvue de parties molles, et assez rapprochées de l'extérieur, pour être facilement accessibles au chirurgien. La cloison peut également être perforée par des instruments tranchants, des corps contondants ; mais, sans contredit, la cause la plus fréquente de ces solutions de continuité, c'est la déchirure produite par le passage de la tête du fœtus, par des instruments ou par des manœuvres inhabiles ou malheureuses. Les différentes variétés qui se rapportent à cette classe de fistules, ne diffèrent guère les unes des autres que par la hauteur de leur siége, par leur étendue, ou par leur direction : chacune de ces circonstances donne lieu à des indications particulières.

Les opérations pratiquées pour les fistules recto-vaginales sont assez nombreuses et dissemblables : il est presque impossible de les rattacher à des méthodes ; chaque procédé porte, pour ainsi dire, son cachet d'originalité ; on peut, néanmoins, les rapporter aux quatre chefs suivants : 1° cautérisation ; 2° compression ; 3° suture ; 4° incision.

Cautérisation. — Le cautère actuel a été employé par Dupuytren de la manière suivante : la malade étant placée sur le bord d'un lit ou d'une table, comme pour l'opération de la taille, les parois du vagin étant écartées, soit à l'aide d'un spéculum, soit à l'aide

d'une simple valve qui permettait de voir à nu l'ouverture, les parties voisines étant protégées, soit avec du linge mouillé, soit avec de la charpie, un cautère en forme de haricot, chauffé à blanc, était porté sur la fistule, mais de manière à cautériser peu profondément, pour ne pas s'exposer à produire une perte de substance. Ce moyen ne saurait convenir que dans des fistules peu étendues; le mécanisme au moyen duquel la guérison s'opère, indique, du reste, que ce procédé serait inefficace dans des ouvertures un peu étendues : après cette opération, en effet, les bords de l'ouverture sont avivés par la chute de l'eschare, le gonflement survient, et le rapprochement s'opère par la turgescence des parties.

Le nitrate d'argent a aussi été employé avec succès. M. Dieffenbach, après avoir converti en fistule recto-vaginale un anus anormal, ouvert dans le vagin, a fermé complétement cette fistule par l'emploi du nitrate d'argent. Cette observation présente trop d'intérêt, pour que je ne la rapporte pas en entier.

OBSERVATION.

(*Medico-chirurgical Review*, 1826, *extrait des Literorische Annalen der gesamten Heilkunde.*)

M. Diffenbach a inséré, dans le numéro de janvier de ce dernier journal, une observation d'anus imperforé compliqué de l'existence d'un cloaque vaginal, qu'il opéra avec succès.

La malade était une petite fille âgée de trois mois,

bien développée pour un enfant de son âge, et présentant toutes les apparences d'une bonne santé. Les parties externes des organes reproducteurs avaient leur conformation naturelle; l'anus était obturé, et les matières fécales s'écoulaient au dehors, à travers une petite ouverture de 3 à 4 lignes de diamètre, située dans la partie postérieure et supérieure du vagin.

L'opération fut faite en deux temps. Une sonde cannelée courbe, fut introduite dans le rectum par l'ouverture vaginale, et poussée vers le périnée : alors on plongea la pointe d'un bistouri immédiatement derrière la fosse naviculaire, et on conduisit la lame d'avant en arrière jusqu'au point correspondant à l'extrémité de la sonde, sans cependant pénétrer dans la cannelure. L'incision ainsi pratiquée s'étendait presque jusqu'au coccyx, divisant la totalité du périnée. Alors, en écartant les lèvres de la solution de continuité, on aperçut l'extrémité inférieure du rectum terminée en cul-de-sac : on la sépara avec soin, à l'aide du bistouri, de la paroi postérieure du vagin; on l'ouvrit, et on la mit en contact avec les lèvres de la première incision. Des lotions d'eau fraîche, remplacées par des fomentations tièdes quand le travail de la suppuration fut établi, constituèrent les moyens employés après l'opération.

L'ouverture de la fistule se cicatrisa parfaitement après une seule cautérisation, faite à l'aide de la pierre infernale.

Au bout de quatorze jours, pendant lesquels les

matières trouvèrent par la plaie une issue facile, et qui n'avait été marquée par aucun accident, la cicatrisation était achevée.

Trois semaines après cette première opération, on procéda à une seconde, dans le but de restaurer le périnée : on commença par séparer d'une manière plus complète la partie antérieure et inférieure du rectum, de la paroi postérieure du vagin, et les parties latérales de l'extrémité de l'intestin furent également détachées des lèvres de la première incision, avec lesquelles elles avaient contracté des adhérences. Quand la partie antérieure de l'intestin fut ainsi isolée, elle obéit à l'action des adhérences postérieures qui l'entraînaient en arrière.

On aviva les bords de la première solution de continuité dans la partie antérieure, afin d'en permettre la réunion; et après les avoir mis en contact, on réunit les parties profondes à l'aide de points de suture dont les fils furent coupés au niveau de la peau, tandis qu'on procéda à l'union des téguments au moyen de la suture entortillée, par un procédé semblable à celui qu'on emploie dans l'opération du bec-de-lièvre. Immédiatement après, on eut la satisfaction de voir les matières fécales s'échapper par l'anus artificiel. Une petite bougie fut introduite tous les jours dans le rectum; on recommanda la plus exacte propreté. Le cinquième jour, on enleva les sutures et les aiguilles; l'adhésion était complète, l'opérateur avait rempli son but.

Dans des cas de fistules très-étendues, traitées par

la suture, on a vu persister de petits trajets à travers lesquels les matières passaient dans le vagin ; la guérison a été rendue complète par des cautérisations à l'aide du nitrate d'argent.

L'emploi des caustiques liquides peut présenter de très-graves inconvénients à cause de la profondeur, à laquelle on est souvent obligé d'agir; dans quelques cas cependant on a pu employer avec succès le nitrate acide liquide de mercure; dans le cas où les parois de la fistule sont calleuses, M. Ricord propose d'en scarifier la surface, et de cautériser plus tard. Ce chirurgien s'est très-bien trouvé de cette pratique dans deux cas. Lorsque les conduits sont étroits et un peu étendus, M. Ricord procède de la manière suivante : Un fil est roulé autour d'un petit stylet en platine; celui-ci est imbibé de nitrate acide, et porté ensuite dans l'intérieur du trajet pour le cautériser dans toute son étendue : la guérison en est ordinairement la suite. C'est dans des cas de ce genre que M. Ricord a combiné la cautérisation et la compression.

Compression. — La compression a été appliquée au traitement de ces fistules; néanmoins il est inutile de dire que les perforations un peu étendues, avec perte de substance, n'ont jamais été soumises à de pareils moyens. Cullerier oncle avait fait construire un instrument à cet effet; il se composait de deux lames métalliques garnies d'un coussinet, et recouvertes de taffetas gommé : l'une de ces lames était

introduite dans le vagin, une autre dans le rectum, et, au moyen d'une vis de rappel, fixée à l'extrémité de ces deux lames, celles-ci pouvaient être rapprochées, et comprimer ainsi la cloison recto-vaginale. Il semble que la compression était ainsi pratiquée dans le double but de faire adhérer les parois de la fistule les unes avec les autres, et en même temps d'empêcher les mucosités du rectum et du vagin d'arriver au contact des parties. Ce procédé a réussi quelquefois entre les mains de M. Cullerier oncle; depuis il a échoué plusieurs fois dans la pratique de M. Cullerier neveu. M. Ricord s'est également bien trouvé de ce moyen après avoir avivé par la cautérisation. Dans les trajets étroits et un peu étendus, la combinaison de ces deux méthodes semble promettre d'heureux résultats.

Suture. — La suture est un des moyens les plus efficaces qu'on puisse opposer aux fistules recto-vaginales un peu étendues. Quoique cette opération ait échouée entre les mains de chirurgiens célèbres, ses succès sont aujourd'hui assez nombreux pour autoriser de nouvelles tentatives. Le premier exemple de guérison par la suture est celui rapporté par Saucerotte. Ce chirurgien procéda de la manière suivante : Un spéculum à deux branches fut porté dans le vagin, un gorgeret dans le rectum; l'ouverture étant en vue, le chirurgien en excisa les bords, moitié avec un bistouri garni d'une bandelette, moitié avec

une rugine tranchante; la suture du pelletier fut ensuite pratiquée; la guérison fut complète.

Fistule recto-vaginale. — Suture. — Guérison par Saucerotte (Mélanges de chirurgie, p. 530).

Une femme âgée de vingt-cinq ans est accouchée de son premier enfant, à la campagne, le 22 vendémiaire de l'an VI: la tête du fœtus, fort grosse, est restée soixante-huit heures au passage; l'accouchement a été terminé par le forceps; la fourchette, ainsi que la cloison recto-vaginale, excepté le sphincter de l'anus, ont souffert un déchirement; et lorsque, dans les premiers jours après l'accouchement, les matières fécales se sont présentées, une partie a pris sa route par l'anus, tandis que l'autre l'a prise par le vagin: c'est dans cet état que cette dame est venue à Lunéville, plus de quarante jours après ses couches.

Dans l'examen que j'ai fait de la lésion, soit avec le doigt, soit avec le spéculum, j'ai trouvé que la crevasse de la paroi recto-vaginale, longue, dans la direction de l'axe du corps, d'environ quatre centimètres, commençait au-dessus du sphincter de l'anus, celui-ci jouissant de son intégrité, et restant isolé, entre la déchirure de la fourchette et celle de la cloison recto-vaginale.

Je désirai consulter plusieurs célèbres accoucheurs, qui, pour la plupart, furent d'avis de tenter la réu-

nion de la paroi recto-vaginale en avivant les bords, et en pratiquant la suture.

L'opération fut faite trois mois et vingt jours après l'accident. Voici mes procédés opératoires : J'ai fait couper la branche ascendante de mon spéculum, parce que celle-ci n'aurait pu s'appuyer, dans son ascension contre le pubis, sans qu'elle fît presser les deux inférieures sur la cloison recto-vaginale, ce qui aurait gêné l'action de l'instrument porte-aiguille dont il sera question plus bas; au lieu que le spéculum dilatatoire n'étant qu'à deux branches, le citoyen Roussel, chargé de cette partie, les portant contre l'arcade du pubis, devait laisser absolument à découvert la paroi recto-vaginale. J'ai fait faire une gouttière mince en bois de noyer pour l'introduire, sur le doigt indicateur gauche, dans l'anus, afin de pratiquer sur sa partie convexe les incisions nécessaires avec deux instruments, dont le premier, en forme de coutelet, et l'autre en forme de rugine ; j'avais de plus les ciseaux droits et courbes ordinaires, et d'autres dont les lames sont courbes sur le plat. J'ai fait construire deux aiguilles d'une courbure différente, la plus courte m'ayant servi pour les points supérieurs, et la plus longue, pour les deux du côté du sphincter, après avoir retiré le fil double ciré du chas de la première, pour le faire passer dans celui de la seconde. Enfin j'ai fait établir un instrument porte aiguille, sur lequel le talon des aiguilles peut être fixé à droite et à gauche, en ligne horizontale et en ligne oblique, et même en ligne droite, selon l'axe de l'instrument. Mon inten-

tion a été de pratiquer la suture du pelletier ou à surget, comme la plus sûre et la plus unissante, en allant de ma droite à ma gauche, par la partie supérieure de la plaie, vers le fond du vagin. D'après ce plan, il a fallu, à chaque point passé dans les deux lèvres de la division, démonter l'aiguille par le moyen de la vis adaptée à l'instrument, et de pincettes, avec lesquelles on maintenait cette aiguille, et on la reportait au dehors du vagin pour la monter de nouveau. Il y a eu six points complets, c'est-à-dire que chaque bord de la solution de continuité a été perforé six fois. J'ai assuré au bout du fil un petit rouleau de linge enduit d'emplâtre de Nuremberg, afin de tenir lieu de nœud sur la première perforation, tandis que sur la dernière, le fil double ciré a été ouvert en deux, et lié sur un petit rouleau, auprès du sphincter de l'anus. L'opération terminée, j'ai introduit dans le vagin un linge couvert de baume du Pérou, et, dans l'anus, une canule de plomb un peu aplatie, courbée selon la convexité de l'os sacrum, évasée par le haut, et assez longue pour que l'extrémité supérieure portât au delà du plus élevé des points de suture.

La malade a été mise à une diète sévère, pour favoriser la constipation. Au onzième jour, il est survenu de si pressantes épreintes, que l'on n'a eu que le temps de retirer la canule, et la malade a rendu, avec de vives douleurs, et avec effusion de sang, des crotins qui ont déchiré les trois points inférieurs, de manière que les excréments ont presque tous passé par

le vagin. Quelques jours après, en examinant l'état des parties, nous avons vu que la plaie n'avait à peu près que la moitié de la grandeur que nous avions observée auparavant, et que la figure, au lieu d'être longitudinale, était triangulaire, ayant la base vers le sphincter. Cette dame s'est soumise à une nouvelle opération, qui a été faite environ un mois après la première; mais nous avons pris une voie inverse : 1° nous avons supprimé la canule, qui avait été fort incommode, et dont la présence avait sans doute causé une rétention d'urine, ce qui a mis la malade dans le cas d'être sondée plusieurs fois; 2° au lieu de provoquer la constipation, nous avons entretenu la liberté du ventre; 3° nous avons permis une nourriture peu abondante, avec cela, relâchante et rafraîchissante; 4° nous nous sommes résolus à faire la section du sphincter de l'anus (c'était l'opinion de l'un d'entre eux), d'autant mieux qu'il restait isolé comme une corde tendue, qu'il opposait une résistance à la libre issue des matières fécales, et que, d'ailleurs, il était à présumer que les fibres musculaires pourraient faciliter la réunion des parties adjacentes ; je crois même que si cette section eût été faite lors de la première opération, la déchirure des trois points inférieurs n'aurait pas eu lieu. D'après toutes ces considérations, j'ai coupé le sphincter auprès de la fesse droite, ce qui m'a beaucoup facilité l'avivement; ensuite j'ai pratiqué quatre nouveaux points de suture, le dernier de ces points unissait le sphincter avec les parties inférieures de la division

de la paroi recto-vaginale, ce qui donnait une forme ovale au sphincter. Enfin, voici l'état de cette citoyenne trois mois après la seconde opération : 1° elle est maîtresse, malgré la section du sphincter de l'anus, de retenir ou d'évacuer à volonté les excréments durcis, et même ceux qui sont liquides; 2° la partie inférieure du vagin présente plusieurs froncis et plusieurs petites bosses qui en rétrécissent l'entrée; 3° à l'endroit de la section du sphincter, il y a à l'extérieur une espèce de petite gouttière où les matières stercorales solides ne séjournent pas lorsque cette dame va à la selle, mais où celles qui sont fluides s'arrêtent. »

Dans un cas de fistule très-étendue, qui permettait le passage libre du doigt du vagin dans le rectum, M. George Fielding (*The medical Gazette*) pratiqua avec succès l'opération suivante. La fistule avait une forme semi-lunaire, à concavité dirigée du côté de la vulve. Les lèvres de la plaie furent avivées comme dans le bec-de-lièvre, depuis la base jusqu'au sommet de l'ouverture; celle-ci ressemblait, après l'avivement, à un V renversé Λ : la plaie fut soigneusement réunie par deux points de suture, un du côté du sphincter, un autre en haut; aucun pansement ne fut fait; la guérison fut complète.

OBSERVATION.

Fistule recto-vaginale opérée par la suture. — Cautérisation. — Guérison.

(Observation publiée par M. George Fielding dans *The medical Gazette*, t. XVIII, p. 49.)

Le 4 décembre 1834, madame D..., âgée de vingt-neuf ans, d'une taille élevée, d'une bonne santé, raconte que le 22 mars 1833 elle accoucha, par le forceps, d'un enfant mort, après être restée trois jours en travail; que le second jour elle eut de la fièvre, des douleurs très-vives, et qu'elle n'urina que dans l'après midi du 23, à l'aide d'une sonde qui fut employée dix-huit jours; les intestins furent évacués ce jour, avec beaucoup de peine et de difficulté, et la garde aperçut comme des débris de matière morte fixés aux environs des parties. Elle prit encore un purgatif le 27, mais elle s'aperçut avec douleur qu'elle avait perdu la faculté de retenir ses matières fécales, qui s'écoulaient involontairement dans le lit. Depuis, la vessie reprit sa contractilité, et la malade recouvra sa santé et ses forces. Mais, depuis le 27 jusqu'à présent, elle n'a jamais pu retenir les matières (excepté quand elle était très-constipée), qui passaient en tout temps et dans toutes les positions.

Beaucoup de remèdes avaient été proposés et tentés, entre autres, des éponges et des pessaires, mais sans succès.

En l'examinant, je ne trouvai plus de vestige du périnée : une cicatrice, étendue de la commissure postérieure des lèvres, le long du bord interne de chaque tubercule ischiatique, allait se perdre dans l'anus. En dilatant les parties largement, je découvris à la partie postérieure du vagin une ouverture semi-lunaire de plus d'un demi-pouce en profondeur, et d'à peu près autant en largeur. Le doigt passait aisément à travers cette ouverture dans le rectum. Les parois postérieures et latérales du rectum paraissaient entières. Cette ouverture semi-lunaire comprenait une partie de la cloison postérieure du vagin, une portion de la paroi antérieure du rectum, et le sphincter, qui y adhère.

De là l'impossibilité de retenir les matières dans le cul-de-sac du rectum, et de là aussi on pouvait conclure qu'il y avait eu une déchirure du périnée, de la paroi postérieure du vagin, et de la portion correspondante du rectum et du sphincter. Dans de telles circonstances, il fallait être réservé dans ses promesses; cependant je proposai l'opération suivante, dans la vue de rétablir, s'il était possible, l'usage du sphincter, afin de rendre la malade capable de retenir ses matières, ce qui était d'une grande importance pour cette personne, qui était d'une extrême propreté.

Le 10 décembre, après les préparatifs convenables, j'avivai les bords de chaque côté de l'ouverture semi-lunaire, depuis la base de l'involucre du sphincter jusqu'à son sommet, comme cela se pratique

habituellement dans le bec-de-lièvre. L'incision ressemblait alors à un V renversé. Les lèvres furent soigneusement réunies par deux sutures, l'une à travers le sphincter, et l'autre au-dessus. Aucun pansement ne fut fait. Repos, diète, eau d'orge, thé. La seule incommodité qui suivit cette opération fut une douleur dans la direction du coccyx et des reins, pendant ce jour et la nuit suivante, mais sans symptômes fébriles, et une rétention d'urine pendant neuf jours, pour laquelle le cathéter fut employé.

Le 13, les fils s'étant relâchés, furent coupés avec soin et retirés: il y avait une union partielle dans un point du sphincter, avec des granulations de bonne nature en avant et en arrière.

Les granulations furent légèrement touchées avec le nitrate d'argent, le 16 et les jours suivants.

Le 17, rien n'ayant traversé les intestins depuis l'opération, j'ordonnai un peu d'huile de ricin.

Le 18, une évacuation alvine liquide. La malade ne se croit pas beaucoup mieux; mais il est clair que les granulations remplissent l'ouverture de plus en plus. Une grosse bougie en cire est introduite à deux ou trois pouces dans le rectum, tous les jours, et y séjourne quelque temps.

Le 21, huile de ricin dans le but d'exciter les intestins.

Le 22, le matin, aussitôt que j'arrivai près de la malade, elle me dit, avec une joie indicible: J'ai le plaisir de vous apprendre que, quand l'huile fit son effet ce matin, je fus assez maîtresse de moi pour

passer de cette chambre dans l'escalier sans aucun embarras: c'est la première fois depuis mon accident (20 mai). Même traitement, un peu moins de diète.

Le 25, les intestins ont agi naturellement. Une fois aujourd'hui la malade n'a point eu de difficulté à retenir ses matières. Les parties ne présentent plus maintenant qu'une ligne irrégulière, au lieu d'une profonde ouverture; les granulations ne sont pas entièrement cicatrisées.

Promenade en voiture.

Le 24 janvier 1835. J'ai vu madame D... deux fois depuis le mois dernier, et touché avec le caustique les parties, qui sont maintenant tout à fait cicatrisées. A la place de la vaste déchirure, on ne voit plus qu'une ligne irrégulière. Madame D... me répète que depuis le 22, elle a toujours parfaitement gardé ses matières, et que quelquefois même elle est obligée de se purger.

Janvier 1836. Madame D... a donné naissance à un enfant vivant, sans que son état ait changé.

Dans un autre cas de déchirure de la cloison recto-vaginale à la suite d'un accouchement laborieux, le docteur Scott attira le vagin en bas à l'aide d'un double crochet, puis il ébarba les bords de l'ouverture, qu'il trouva comme cartilagineux, à l'aide d'un bistouri boutonné; il les rapprocha ensuite, et les maintint réunis à l'aide de trois points de suture. L'opération fut suivie d'une guérison presque complète.

OBSERVATION.

Fistule recto-vaginale. — Accouchement laborieux. — Déchirure du vagin et du rectum. — Opération par l'avivement et la suture. — Purgatif pris sans raison, et compromettant le succès de l'opération. — Guérison presque complète.

Le 13 juin, M. Scott opéra une femme âgée de trente ans, pour une communication fistuleuse entre le rectum et le vagin, qui existait depuis environ deux mois et demi.

Cette malade, qui ne donne pas un récit très-clair de la manière dont l'accident lui arriva, raconte qu'à son premier accouchement, qui se fit il y a environ deux mois et demi, pendant le passage très-douloureux de la tête de l'enfant dans le vagin, la sage-femme qui l'assistait, pensant hâter la délivrance, introduisit la main dans le vagin, et qu'à ce moment elle sentit quelque chose céder dans ce conduit.

L'examen fait découvrir une communication fistuleuse entre le rectum et le vagin, par laquelle passait de la manière la plus dégoûtante une quantité considérable de matières fécales. Elle fut admise à l'hôpital, pour y être opérée, le 24 mai.

Les intestins ayant été préalablement vidés, M. Scott commença par attirer le vagin, à l'aide d'un double crochet; puis, ébarbant les bords, qu'il trouva cartilagineux, avec un bistouri boutonné, il les rapprocha en-

suite, et les tint en contact par le moyen de trois sutures.

La nuit suivante se passa bien, la malade rendit son urine trois fois. Toute espèce de nourriture, aussi bien solide que liquide, fut défendue, afin que les parties opérées ne fussent soumises à aucun mouvement.

Le 15 (troisième jour). La nuit fut très-mauvaise ; la malade s'évanouit deux fois sans pouvoir s'en rendre compte.

Le 17 (cinquième jour). Elle n'avait point été à la garde-robe depuis l'opération, et, sans qu'on le lui ait ordonné, elle prit de l'huile de ricin, qui produisit quelque effet, et amena la sortie de matières fécales par le vagin

Le 18 (sixième jour). A la visite, le docteur Scott fut vivement irrité de voir le succès de l'opération ainsi compromis par l'inconséquence de la malade. Cependant le 26 (treizième jour), en l'examinant, il trouva qu'elle avait en grande partie réussi, les lèvres s'étant réunies dans presque toute leur étendue. Il reste encore une petite partie qui n'est pas oblitérée, et à travers laquelle passent quelques matières quand la malade fait des mouvements. Mais M. Scott espère que la cicatrice la remplira (obs. à l'hôpital de Londres; *The Lancet*., 1831-32, t. III, p. 510).

Le même chirurgien a eu occasion de pratiquer une autre opération de ce genre. Cette nouvelle fistule différait de la première, en ce qu'elle était plus profondément placée, et que, par conséquent, l'opération présentait de plus grandes difficultés.

Fistule recto-vaginale guérie par une opération.

(*London medical Gazette*, t. x, p. 687.)

Bridget Codley, âgée de trente ans, fut reçue, le 24 mai, dans le service de M. Scott, présentant une fistule recto-vaginale. Elle était accouchée environ dix semaines auparavant : le travail avait duré depuis un mardi dans la nuit jusqu'au samedi matin suivant, et l'enfant était mort-né. Depuis cette époque, les matières fécales s'étaient toujours échappées involontairement par le vagin.

L'ouverture fistuleuse était située à environ deux pouces de l'orifice vaginal, et pouvait admettre le doigt; les bords sont extrêmement calleux, et la muqueuse rectale fait une légère saillie dans le vagin.

Le 13 juin, la malade, après avoir pris un purgatif et un lavement, fut placée dans la position indiquée pour l'opération de la taille. La partie supérieure du vagin étant repoussée en arrière à l'aide d'une spatule, M. Scott saisit les bords de l'ouverture fistuleuse avec une pince érigne, et on aviva les bords avec un bistouri à pointe mousse; trois aiguilles armées de fil furent passées, à l'aide d'un porte-aiguille, à travers les bords de la fistule; ceux-ci furent exactement rapprochés et affrontés à l'aide des ligatures. La malade fut reconduite à son lit, et on ne lui donna que des liquides pour toute nourriture.

Cinq jours après l'opération, on enleva les ligatures. Jusqu'au 27 juin, aucune matière fécale n'avait

passé à travers la fistule; il en sortit ce jour-là une petite quantité. On constata alors que la cicatrisation était complète, sauf une très-petite ouverture vers le bord externe, qui se ferma spontanément au bout de quelque temps. La malade sortit le 19 juillet, dans un état de guérison parfaite.

Lorsque la fistule est très-rapprochée de l'entrée de la vulve, ou quand il est possible d'atteindre le vagin, comme dans le cas du docteur Scott, le manuel opératoire ne présente pas de grandes difficultés: une aiguille à suture ordinaire suffit, en général, et on peut pratiquer à peu près indifféremment la suture du pelletier, ou la suture à points séparés; dans quelques cas aussi, pourraît-on peut-être pratiquer la suture emplumée: je ne sache pas, cependant, qu'elle eût jamais été appliquée. Mais lorsque les ouvertures sont placées profondément, que le vagin ne peut pas être ramené vers la vulve, la manœuvre devient plus difficile: on pourrait, je crois, dans des cas semblables, se servir, soit du porte-aiguille de M. Roux, de M. Diffenbach, ou, même mieux, de celui de M. Fauraytier. Quoi qu'il en soit de ce dernier temps, voici comment l'opération doit être pratiquée: la malade étant convenablement préparée, elle est placée sur un lit, les cuisses écartées, dans la position qu'on donne aux malades pour l'opération de la taille périnéale; un spéculum ou une simple valve est introduite dans le vagin, pour mettre à nu l'ouverture; un gorgeret peut être introduit dans le rectum pour recevoir la pointe des aiguilles, si on le juge conve-

nable; les bords sont fixés avec des pinces ou des érignes, et on procède ensuite à l'avivement, soit avec des ciseaux, soit avec un bistouri droit ou boutonné. Ce premier temps de l'opération étant terminé, on passe les fils; il est, en général, plus convenable de les passer du rectum vers le vagin. Une aiguille, placée à chacune des extrémités d'un fil, est passée dans le rectum, pour de là traverser chacune des lèvres de la plaie, de la face rectale vers la vaginale; chacune de ces aiguilles est attirée au dehors, et l'anse du fil embrasse ainsi les lèvres de la fistule; on passe ainsi successivement un plus ou moins grand nombre de fil sselon l'étendue de l'ouverture.

Mon collègue, M. Nélaton, a très-judicieusement combiné la suture, la compression, et, pour ainsi dire, l'anaplastie. Son procédé, que je sache, n'a jamais encore été employé sur le vivant; mais il est si bien conçu, il semble si bien remplir toutes les indications, qu'on est en droit d'en espérer les plus heureux résultats. Voici comment il procède.

Premier temps. — Une incision légèrement courbe, à concavité postérieure, d'une étendue de deux à trois pouces, est pratiquée transversalement sur le périnée, à égale distance de l'anus et de la commissure de la vulve; cette incision conduit entre les parois du rectum et du vagin, que l'on sépare l'une de l'autre jusqu'à la fistule. Cette partie de l'opération ne présente ordinairemeut aucune difficulté; mais il faut prolonger le décollement jusque sur le bord posté-

rieur et supérieur, dans l'étendue de trois à quatre lignes au moins : cette partie de l'opération exige quelquefois beaucoup de temps, et se pratique très-difficilement. M. Nélaton a imaginé, pour faciliter cette manœuvre, d'introduire une sonde cannelée, fortement recourbée, entre les deux parois derrière la fistule, et de couper ensuite sur la cannelure de la sonde. Si cette séparation, malgré les précautions admises, présentait encore des difficultés, on pourrait, à la rigueur, sacrifier la paroi vaginale. Après ce premier temps, les bords de la fistule se trouvent divisés, les parois rectale et vaginale sont complétement isolées.

Deuxième temps. — Le second temps de l'opération, quoique très-compliqué et difficile à exécuter, est néanmoins de beaucoup plus simple que le premier. On a deux plaques d'ivoire, exactement semblables, de forme elliptique, d'une longueur variable, suivant l'étendue de la fistule ; chacune de ces plaques est percée de trois trous, un au centre, les deux autres vers les extrémités, mais à une distance égale du centre. Une de ces plaques est garnie de trois fils, qui sont disposés de la manière suivante : un fil double est placé dans le trou du milieu, et fixé, à l'aide d'un nœud, sur une des faces de la plaque, de manière à ce qu'il ne puisse pas s'échapper ; un fil simple est placé dans chacun des autres, et fixé de la même manière. Il est important de mettre des fils de différente couleur, pour ne pas être exposé à les

confondre pendant l'opération. Ces trois fils sont fixés chacun à une aiguille; celle-ci, à l'aide d'un porte-aiguille, est portée dans le rectum, au-dessus de l'ouverture fistuleuse (c'est ordinairement l'aiguille du milieu qu'on porte la première); l'aiguille traverse la paroi rectale, et est ensuite ramenée à l'extérieur; reprise de nouveau par le porte-aiguille, elle vient traverser la paroi vaginale du bord inférieur de la fistule, toujours d'arrière en avant; le fil est ensuite ramené dans le vagin; les deux autres fils sont passés de la même manière que le précédent; quand ils sont ramenés tous trois dans le vagin, on pousse la plaque d'ivoire dans le rectum jusqu'au niveau de la fistule, les fils sont tirés de manière à la fixer exactement contre la paroi de l'intestin : cela fait, les trois fils sont passés dans les trous de la seconde plaque, le double dans celui du milieu; celle-ci est ensuite glissée le long des fils dans le vagin jusqu'au niveau de la fistule; le fil du milieu est ensuite dédoublé, et chacun de ces chefs est noué avec le fil latéral du côté correspondant; par ce moyen, la paroi rectale du bord supérieur de la fistule vient se placer dans l'épaisseur de la paroi recto-vaginale du bord inférieur; la compression exercée par les deux plaques maintient exactement les parties en place, et la présence de ces plaques empêche même le contact des matières avec les surfaces qui doivent se cicatriser. Ce procédé n'a pas encore reçu la sanction de l'expérience, quoiqu'il soit d'une exé-

cution longue et difficile, je crois que nous sommes en droit d'en attendre des succès.

L'autoplastie, dont nous trouvons une des variétés dans le procédé de M. Nélaton, pourrait peut-être avoir son application dans quelques cas. Je ne connais pas d'exemple d'opération de ce genre, à moins qu'on ne regarde comme une forme d'autoplastie l'opération faite par M. Roux, dans le cas que j'ai déjà cité. Ce chirurgien a essayé, en effet, de fermer l'ouverture vagino-rectale avec un petit lambeau qui flottait dans l'intérieur du vagin; l'opération, comme on le sait, n'a eu aucun succès. Les fistules de ce genre sembleraient cependant être plus favorables à l'application de l'autoplastie, que les fistules vésico-vaginales: la facilité plus grande de la manœuvre opératoire, à cause du calibre plus grand des conduits, la solidité des matières qui coulent par le rectum, la possibilité de les retenir très-longtemps, ou de les expulser artificiellement, en préservant de leur contact les surfaces malades, nous offrent des avantages incontestables: mais, d'un autre côté, la difficulté de tailler un lambeau dans une région convenable, la hauteur à laquelle on serait obligé quelquefois de la porter, peuvent être souvent des contre-indications à cette méthode; néanmoins c'est une méthode à laquelle le chirurgien devrait avoir recours, lorsque des moyens plus simples, dont l'efficacité est mieux constatée, auraient été employés sans succès.

Incision. — L'incision a été appliquée aux fistules recto-vaginales dans des circonstances bien opposées. Dans les petits trajets fistuleux qui sont à l'entrée de la vulve, et très-rapprochés de l'anus, l'incision triomphe ordinairement assez rapidement dans des cas de ce genre : du reste, le chirurgien peut temporiser et tâtonner, puisque ces fistules n'entraînent pas l'incontinence des matières fécales, on peut même, dans quelques cas, quand les moyens les plus rationnels ont échoué, abandonner les malades à la nature, et n'employer que des palliatifs. Mais, dans des cas de fistule très-étendue, lorsque les matières et les vents passent avec facilité par le vagin, que d'autres méthodes opératoires ont été essayées sans succès, faut-il abandonner les malades à leur malheureuse position? Deux cas de ce genre se sont présentés dans la pratique de M. Ricord, et, dans les deux cas, le succès a justifié la conduite de ce chirurgien. Il a procédé de la manière suivante : Une sonde cannelée est introduite par l'ouverture vaginale, et vient sortir par l'anus; un bistouri glissé sur la sonde incise la totalité du périnée. Dans le premier cas que M. Ricord a traité de la sorte, il y eut à peine de l'hémorrhagie: c'était chez une femme qui avait eu plusieurs enfants, chez laquelle la distance de la fourchette à l'anus n'était pas grande; elle guérit de manière à ce que l'anus se reforma en quelque sorte, retenant très-bien les vents et les matières fécales, et se trouva parfaitement séparé de l'anneau vulvaire par une cicatrice qui avait remplacé le

périnée. Dans le second cas, après avoir attendu du travail de la cicatrisation, et des efforts consécutifs du tissu inodulaire, tout ce qu'on pouvait obtenir de favorable, il fut obligé de faire la suture du périnée, qui réussit très-bien, tandis que, chez la même femme, la suture de la fistule avait échoué à trois reprises différentes. De pareils résultats sont de nature à encourager, et à porter à suivre, dans des cas semblables, l'exemple de ce chirurgien.

Un procédé qu'on ne peut rapporter à aucune des méthodes que j'ai établies, mais qui constitue, pour ainsi dire, une méthode nouvelle, de laquelle on pourra déduire des procédés divers, suivant les états des parties malades, a été mis en pratique par le docteur Barton avec un succès complet. Voici de quelle manière ce chirurgien a procédé : La fistule avait un trajet tortueux dans la paroi recto-vaginale, d'une étendue de trois à quatre pouces : un séton a été introduit dans la fistule du vagin vers le rectum, et ramené par l'anus, le trajet fistuleux ayant été préalablement dilaté par des tentes; le séton a été laissé en place pendant quelques jours, après quoi son extrémité vaginale a été passé dans l'œil d'une sonde convenablement recourbée : celle-ci a été engagée dans le trajet fistuleux, et à un pouce environ de l'entrée vaginale, son bec ramené en bas du côté de l'anus; une petite incision, faite au-devant du sphincter, a servi, pour aller chercher la sonde, et ramener au dehors l'extrémité vaginale du séton à travers ce nouveau trajet; au bout de quelques jours la guérison

fut complète du côté du vagin. Du reste, cette observation m'a paru si intéressante, que j'ai cru devoir la rapporter en totalité.

OBSERVATION

Publiée par Rhea Barton, dans *The American journal*, pag. 305, août 1840.

Fistule recto-vaginale traitée par le séton. — Guérison.

Miss R..., de Virginie, âgée de vingt-deux ans, après un voyage à Philadelphie, en juin 1835, éprouva tous les symptômes d'un abcès aigu dans la région du rectum et du vagin. Cet abcès s'ouvrit, et laissa écouler une abondante quantité de matière; l'ouverture devint fistuleuse, et resta ainsi pendant quatre ans, malgré un double traitement général et local, consistant en injections, tentes, sétons, caustiques, incisions et excisions. Elle vint à Philadelphie pour se faire traiter en mars 1839, et fut confiée à mes soins.

La fistule commençait à peu près à trois quarts de pouce de la lèvre du côté droit, suivant un trajet très-irrégulier vers le bassin, et pénétrait dans le rectum à peu près vers trois ou quatre pouces de l'orifice du vagin. A travers le sinus, il s'écoulait des matières en suffisante quantité pour tenir continuellement moites les parties génitales. Les gaz s'échappaient également par cette voie.

La découverte de la nature réelle et de l'étendue de ce sinus passant ainsi d'une cavité à l'autre, et éta-

blissant entre elles une communication, offrait un cas difficile pour le mode de traitement. Il était clair que la maladie devait être traitée eu égard à l'altération du rectum, et sur les mêmes principes qui nous dirigent dans la guérison de la fistule à l'anus; car, en effet, c'était un cas exactement pareil, modifié seulement par la part qu'y prenait le vagin.

Il était pourtant évident que le sinus ne pouvait pas être embrassé par un séton, et ulcéré, ni être ouvert, comme cela se fait habituellement dans la fistule à l'anus ordinaire, sans détruire le périnée, et réunir ces deux cavités en une seule. C'était mettre des parties dans un état plus fâcheux qu'avant. Le devoir du chirurgien était donc tout tracé, ou bien laisser la malade avec son infirmité, ou adapter une opération au cas particulier. Cette dernière fut heureusement exécutée comme suit :

Une tente fut introduite pendant quelques jours pour dilater le sinus, et rendre son cours moins tortueux. Un séton fut ensuite introduit avec une sonde dans ce sinus, par le vagin, traversa toute la fistule, pénétra dans le rectum, et fut ensuite ramené par l'anus. Dans la crainte qu'il ne vînt à sortir, on en lia les deux extrémités. Quelques jours après, l'anse fut coupée, et le bout du séton qui traversait le vagin fut passé dans l'œil d'une sonde qui avait été préalablement courbée à son autre extrémité. Cette sonde fut alors introduite par l'orifice du vagin, jusqu'à environ un pouce et demi dans le sinus, puis la pointe fut ramenée vers le périnée, juste en dehors du mus-

cle sphincter de l'anus. Ici une incision petite, mais profonde, fut faite, et la sonde passa à travers, ramenant l'extrémité du séton.

Le séton donc, au lieu de sortir par le vagin, comme auparavant, venait de l'intestin, parcourait seulement une partie du sinus, et descendait par la nouvelle ouverture qui avait été faite pour lui. Les deux extrémités furent liées ensemble, formant ainsi une anse qui embrassait les parties comprises entre la surface extérieure du sphincter de l'anus, et du rectum. Ce séton fut resserré de temps en temps, afin de détruire par l'ulcération des parties, comme cela se pratique dans la fistule à l'anus quand on opère par la ligature. Aussitôt que, par ces moyens, le conduit nouveau et direct fut fait, et eut atteint une étendue plus large que celui qui pénétrait dans le vagin, les matières du rectum abandonnèrent cette portion de la route qui se rendait dans le vagin pour suivre celle tracée par le séton. C'était exactement le but que je me proposais par cette opération, pensant bien que, si je pouvais établir un passage plus libre et plus direct pour l'écoulement des fluides du rectum que celui par le vagin, le sinus ouvrant dans cette cavité se fermerait naturellement, et s'oblitérerait d'une manière permanente. Mes opinions furent justifiées, car, bien avant que le séton ait coupé les parties, la portion vaginale du sinus était fermée, et l'intégrité de cet organe rétablie. Je n'ai plus maintenant à poursuivre le traitement de ce cas, comme j'aurais à le faire s'il s'agissait d'une simple fistule à

l'anus, en serrant chaque jour la ligature, que je coupai bientôt avec la petite portion de parties qu'elle embrassait. En peu de jours la guérison eut lieu. Aujourd'hui j'ai la satisfaction de voir que cette malade est entièrement guérie sans difformité d'une fistule recto-vaginale qui existait à une période peu avancée de la vie, et avec un concours de circonstances que l'on rencontre rarement dans les mêmes cas.

Il y a à peu près un an que la guérison existe, et la santé de la malade est toujours parfaite. L'observation de M. Barton laisse à désirer un peu de précision dans la description qu'il nous donne de la fistule, il ne décrit pas d'une manière assez exacte le point de l'ouverture dans le vagin, pour ne laisser aucun doute sur la question de savoir s'il a eu affaire à une fistule vulvaire ou vaginale proprement dite. Quoi qu'il en soit, le procédé n'en restera pas moins, car, s'il a pu convenir à une fistule vulvaire très-rapprochée du vagin, il pourrait être également appliqué lorsque l'ouverture est située à une certaine hauteur dans ce conduit : ainsi, dans un cas analogue, on devrait imiter la conduite de ce chirurgien américain.

Opérations que nécessitent les fistules intestino-vaginales.

Il est possible qu'à la suite d'un accouchement laborieux une communication s'établisse entre le vagin et l'intestin grêle : M. Roux en a rapporté, à l'Académie de médecine, avril 1828, un fait intéressant.

Nous en connaissons un autre fait publié par M. Casamayor (1). Pour une semblable maladie, il faut, ou abandonner les malades à elles-mêmes, ou pratiquer une opération difficile et qui ne sera pas exempte de danger. Mais quelle sera cette opération ? Les deux observateurs dont je parle n'ont pas agi de la même manière, et il m'est impossible de donner des préceptes généraux sur un sujet aussi rarement observé, et qui pourrait se présenter avec beaucoup de variétés. Voici l'opération de M. Roux, telle que je l'ai trouvée consignée dans le journal *les Archives*, t. VII, p. 300 (compte rendu de l'Académie).

OBSERVATION.

Une femme de vingt-six ans, à la suite d'un accouchement laborieux, était restée avec un anus contre nature, qui siégeait dans l'intestin grêle, et s'ouvrait à la partie supérieure du vagin; des matières chymeuses, à demi digérées, sortaient par cette voie. M. Roux, se décidant à opérer cette femme, qui maigrissait à vue d'œil, ouvre l'abdomen au moyen d'une incision faite entre l'ombilic et le pubis, et va à la recherche de l'intestin perforé; mais, ayant négligé de placer une sonde dans l'intestin par l'anus artificiel, ou au moins dans le rectum par l'anus, il ne parvient à le trouver qu'avec difficulté; il en saisit enfin le

(1) *Journ. hebd.*, t. IV.

bout supérieur, et le coupe; mais, prenant ce bout supérieur pour l'inférieur, il cherche le bout supé rieur, afin de l'invaginer dans le premier, et commettant une nouvelle erreur, il saisit l'S du colon, qui, à raison de sa vacuité, était fort grêle, et l'invagina dans le bout de l'intestin grêle précédemment divisé : des points de suture fixèrent les bouts de l'intestin, qui ensuite furent réduits. La malade succomba après trente-six heures, et l'ouverture du cadavre fit reconnaître les erreurs qu'on avait commises. Si la malade avait guéri, l'opération se serait trouvée inutile, car les matières jetées par le bout supérieur de l'intestin grêle dans le colon auraient remonté cet intestin en sens inverse, et seraient venues sortir dans le vagin par le bout inférieur de l'intestin grêle qui n'avait pas été trouvé. M. Roux crut de son devoir et de sa loyauté de faire connaître sa conduite en cette circonstance.

Je ne crois pas qu'aujourd'hui, instruits par l'expérience de M. Roux, les chirurgiens puissent tenter une semblable opération. Malgré les ressources nouvelles que pourraient offrir les procédés de suture intestinale proposés dans ces derniers temps, je pense qu'il vaut mieux laisser les malades avec une infirmité qui ne compromet pas immédiatement leurs jours, que de les exposer à tous les accidents d'une péritonite intense, conséquence probable d'une opération qui pourrait, d'ailleurs, être rendue très-laborieuse, et même impraticable, par des adhérences établies entre l'anse intestinale et le vagin.

L'opération pratiquée, pour un cas semblable, par M. Casamayor, pourrait l'être avec chances de succès :

OBSERVATION.

Une malade avait eu, dans un accouchement, une rupture du vagin, par laquelle une anse considérable de l'intestin grêle s'était engagée ; cette anse se gangrena par sa partie déclive, et donna passage aux matières fécales. La malade crut y remédier en appliquant le plus haut possible sur l'intestin une ligature : la constriction ainsi exercée détermina la mortification et la chute de la portion extra-vaginale de l'intestin, et il resta une ouverture par laquelle les matières fécales sortirent en grande quantité ; il ne s'en échappait qu'à de rares intervalles par l'anus. M. Casamayor crut d'abord plus convenable d'abandonner la maladie à elle-même ; mais, examinant avec soin, il reconnut, à l'aide de deux doigts introduits, l'un dans le rectum, l'autre dans l'ouverture accidentelle, que l'intestin grêle et le rectum étaient en contact dans une assez grande étendue ; il eut donc l'heureuse idée de mettre à profit cette circonstance favorable, et d'établir une communication entre ces deux portions de l'intestin. Mais laissons parler lui-même M. Casamayor :

« En établissant une communication entre l'iléon et le rectum, à un pouce et demi au-dessus de l'ouverture entéro-vaginale, où elle me paraissait praticable, j'avais l'espoir que les matières fécales, rencontrant,

avant d'arriver à cette dernière, une ouverture assez large pour leur permettre d'y passer librement, se jetteraient par là dans le rectum, et qu'ainsi l'anus contre nature, cessant de leur livrer passage, se rétrécirait, et finirait par s'oblitérer.

« Je sentis que, pour parvenir sûrement à mon but, je devais, avant tout, mettre parfaitement en contact les parois correspondantes des deux intestins, puis, y provoquer une inflammation adhésive, et enfin, en emporter une portion plus grande que l'anus contre nature.

« La compression, exercée graduellement sur les parois intestinales, m'ayant paru propre à remplir ces conditions, j'eus recours à ce moyen. Je me servis, pour la pratiquer, d'une pince d'acier à branches séparées : cette pince avait dix pouces et demi de longueur ; ses branches, que je distinguais en mâle et femelle, étaient cylindriques, du diamètre d'une grosse plume à écrire, et courbes dans les trois quarts environ de leur étendue; elles se regardaient par leur concavité, et laissaient ainsi entre elles un vide oblong d'à peu près huit pouces de longueur, et d'un pouce et quart de largeur dans leur plus grand écartement; elles se terminaient insensiblement, d'un côté, par un mors à face plane, ovalaire, sillonnée en travers, dont les diamètres avaient, le grand, qui était, suivant la longueur de l'instrument, huit lignes, et le petit, ou transversal, quatre; et de l'autre, par un prolongement droit, long d'environ deux pouces et demi, aplati de dedans en dehors, ayant trois lignes

d'épaisseur sur cinq de largeur. Le prolongement de la branche femelle présentait, dans le sens de sa longueur, trois trous placés à huit lignes l'un de l'autre, qui étaient destinés à recevoir trois clous fixés aux parties correspondantes du prolongement de la branche mâle.

« A un pouce du prolongement, les deux branches offraient, au centre d'un renflement, la branche femelle, un trou, et la branche mâle, un écrou, par où passait une vis qui servait à les rapprocher et à graduer la compression : les mors de la pince étaient recouverts d'une peau fine, ainsi que la partie des branches comprises entre eux et la vis.

« Le 21 avril, la malade fut privée de toutes sortes d'aliments ; je ne lui permis de prendre pour boisson que de l'eau d'orge et de citron, et l'on fit plusieurs fois dans la journée des injections émollientes dans le vagin. Le lendemain, à neuf heures du matin, je procédai de la manière suivante à l'application de l'instrument. La malade étant en supination, placée en travers sur son lit, la partie supérieure du corps un peu plus élevée que le bassin, celui-ci sur le bord, et en partie hors du lit, les cuisses écartées, et dans la flexion, maintenues ainsi par deux aides : après avoir fait quelques injections huileuses dans le vagin et enduit la pince de cérat, j'introduisis la branche femelle, tenue de la main droite par son prolongement, et conduite, par l'index de la gauche, dans l'iléon, jusqu'à un pouce au-dessus de l'anus contre-nature. Cette branche étant placée, je la confiai à un aide. Je

portai ensuite la branche mâle, saisie aussi par son prolongement, mais avec la main gauche, le long de l'index de la droite, dans le rectum, à la hauteur de l'endroit occupé dans l'iléon par le mors de la branche femelle. Cela fait, j'assemblai les branches de l'instrument, et les remis à l'aide pour les maintenir réunies et fermement en place. Ayant alors, afin de m'assurer de l'état des choses à l'intérieur, introduit les doigts indicateurs, l'un dans l'iléon et l'autre dans le rectum, je reconnus que les mors de la pince étaient, dans ces intestins, placés plus d'un pouce au-dessus de l'ouverture entéro-vaginale, qu'ils se correspondaient exactement, et qu'ils n'embrassaient que les parois de l'iléon et du rectum, le cordon charnu qui séparait ces parties l'une de l'autre, ayant été chassé à gauche. Satisfait de cela, je serrai la pince jusqu'à ce que la malade témoignât de la douleur. L'instrument fut assujetti au moyen d'un bandage en T. On remit la malade au milieu de son lit, dans une position telle, que les épaules se trouvaient un peu plus élevées que le bassin, la tête fléchie sur la poitrine, et les membres inférieurs écartés et dans la demi-flexion. Je lui recommandai de garder attentivement cette attitude jusqu'à l'enlèvement de la pince, de s'abstenir durant ce temps de tout aliment, et de ne prendre pour boisson que de l'eau de gomme. Il se manifesta dans la journée quelques phénomènes spasmodiques, de nature à ne causer aucune inquiétude. Dans la nuit, ces accidents disparurent, et il se montra à leur place plusieurs signes d'inflammation du canal digestif et de la partie

inférieure du péritoine. La douleur, produite dans la partie comprimée des parois de l'iléon et du rectum, arriva, vers la fin de la nuit, à son plus haut degré d'intensité, et ne fut pas cependant aussi vive qu'on aurait pu le craindre. Le lendemain, l'instrument fut serré autant que possible, sans exalter la douleur. Je prescrivis une saignée de trois palettes et des fomentations sur le ventre, avec une forte décoction de mauves et de pavots. Le 25 avril, la douleur, qui avait occupé la moitié inférieure de l'abdomen, s'était retirée dans le bassin et concentrée à l'endroit où elle avait pris naissance. Elle ne tourmentait la malade que lorsque celle-ci toussait, ou opérait quelque mouvement.

« La fièvre et les accidents consécutifs de l'inflammation occasionnée dans les parois de l'iléon et du rectum par la compression, avaient presque entièrement disparu. Un écoulement de matières bilieuses, muqueuses et purulentes, avait lieu le long des branches de la pince par le vagin et le rectum. La malade avait dormi une grande partie de la nuit, et demandait des aliments. Le 26, elle était gaie et avait passé une bonne nuit; elle se plaignait qu'on la laissait mourir de faim. La fièvre avait cessé, et le pus qui s'écoulait par le vagin et le rectum était plus abondant et consistant que la veille. J'enlevai alors l'instrument, et en même temps j'emportai la partie comprimée des deux intestins qui se trouvait collée au mors de la branche mâle. Cette portion des parois intestinales avait l'étendue et la forme de la face du

mors; elle était fort mince, compacte, élastique, d'un blanc jaunâtre, et formée par deux feuillets juxtaposés. »

Les selles se rétablirent bientôt par l'anus; l'ouverture fistuleuse s'était considérablement rétrécie, et M. Casamayor se disposait à l'oblitérer par une nouvelle opération, au moment où la malade fut prise d'une pneumonie, et succomba.

L'opération de M. Casamayor est une heureuse application de l'entérotomie aux fistules intestino-vaginales, et il n'y a pas de doute qu'on devrait chercher à avoir recours à une opération semblable si la même maladie se présentait. Il faut se souvenir, toutefois, qu'elle ne sera pas praticable dans tous les cas, qu'elle nécessite un rapport très-étendu entre l'intestin grêle ouvert et le rectum; on ne se décidera donc à l'application de l'instrument que si, comme M. Casamayor, on a bien constaté, à l'aide de deux doigts introduits, l'un dans le rectum, l'autre dans l'ouverture accidentelle, la possibilité de l'opération. On voit, enfin, qu'ici, comme dans beaucoup de cas d'anus contre nature placés à l'extérieur, on peut ne pas obtenir une guérison complète, puisqu'une fistule étroite avait persisté, et qu'ainsi l'on doit compter plutôt sur une amélioration que sur une guérison réelle.

En résumé, pour les fistules intestino-vaginales, on aura recours à l'entérotomie, si elle est possible; et, dans le cas contraire, on devra se borner aux moyens palliatifs, pessaires, tamponnements, etc.

Fistules péritonéo-vaginales.

On a vu quelquefois survenir, à la suite d'un accouchement laborieux, une rupture du vagin et du péritoine établissant une communication entre ces deux parties, et par laquelle pouvait s'engager une anse d'intestin.

Pour mieux faire comprendre cette espèce de fistule, j'en rapporterai l'observation suivante.

Une femme, dans un premier accouchement très-long et très-laborieux, eut une déchirure du vagin, par laquelle sortit une portion d'intestin trop peu volumineuse pour empêcher la conception, car la malade eut encore six enfants. On lui mit un pessaire, qui finit par amener une rétention d'urine; elle se décida alors à entrer à l'hôpital de Londres. Pour extraire le pessaire, on fit une opération à la suite da laquelle l'ouverture vaginale s'agrandit; et, depuis cette époque, on vit sortir par la vulve, dans la station verticale, une masse d'intestin qui acquérait le volume de la tête d'un enfant, lorsqu'on ne tenait pas un bandage appliqué pour la maintenir. M. Stanley désirait aviver les bords de la fistule, dans le but d'obtenir l'adhésion, ou du moins une grande diminution de l'ouverture; mais la malade se refusa à toute espèce d'opération, et quitta l'hôpital (M. Stanley, *The lancet*, 1839-1840, t. I, p. 248).

Il est évident que je ne puis donner de règles générales à suivre dans le traitement d'une affection

aussi rare que celle-ci : si le décubitus dorsal, et l'emploi d'un pessaire ne suffisaient pas pour amener l'oblitération de la fistule, il serait convenable, ainsi que l'avait proposé M. Stanley, à la malade précédente, d'avoir recours à une opération. Elle consisterait d'abord à réduire l'intestin hernié, puis à aviver les bords de la solution de continuité, et à les réunir par plusieurs points de suture.

Des fistules vaginales communiquant avec des cavités accidentelles.

Le plus grand nombre de ces fistules ne nécessitent pas d'opérations ; aussi je m'y arrêterai peu d'instants.

1° Il est possible que des abcès ou des kystes de la grande lèvre viennent s'ouvrir dans le vagin, et donnent lieu à une fistule du genre de celles que l'on appelle borgnes internes ; ou bien qu'ils s'ouvrent à la fois, et à l'extérieur et dans le vagin. Ces deux sortes de fistules doivent être très rares ; M. Ricord m'a cependant rapporté un exemple de la première. On conçoit aussi que l'abcès ou le kyste pourrait, à la rigueur, décoller un peu haut le vagin sans s'y ouvrir, et qu'il se produirait ainsi une fistule borgne externe.

Si une fistule vaginale borgne interne existait, et qu'elle eût résisté à la compression, aux injections astringentes, etc. etc., on devrait chercher à introduire dans le trajet un stylet droit, ou mieux un stylet coudé, que l'on ferait cheminer de haut en bas, de manière à le faire pénétrer dans le foyer de l'abcès qui forme

le fond de la fistule, inciser avec le bistouri la partie la plus déclive, et former ainsi une fistule complète, que l'on incisera sur la sonde cannelée. Pour le pansement, on introduira une mèche dans le vagin, et l'on se comportera comme dans la fistule à l'anus.

Je ne crois pas qu'il se présente souvent des cas dans lesquels une semblable opération soit indiquée, les abcès et kystes des grandes lèvres ayant beaucoup plus de tendance à se porter en arrière et à donner lieu aux fistules appelées par M. Roux *ano-vulvaires*, lesquelles constituent une des formes de la fistule à l'anus.

2° On a vu des abcès de la fosse iliaque venir s'ouvrir dans le vagin et donner lieu à une autre variété de fistules. M. Ménière en a signalé plusieurs exemples dans son Mémoire sur les phlegmons de la fosse iliaque (*Archives* 1828). On conçoit que ces fistules peuvent guérir spontanément, et que jamais elles ne rendront une opération nécessaire.

3° On a vu, dans les grossesses extra-utérines, des kystes contenant un fœtus, s'ouvrir dans le vagin, et un véritable accouchement se faire par cette voie anormale, dont la non-cicatrisation pourra être suivie d'une fistule vaginale. Parmi les observations de ce genre, rares et curieuses, je signalerai en peu de mots celle de M. Colmar, de Norwich (extraite du *Medical journal*, t. II, p. 263).

OBSERVATION.

Une femme qui, depuis quatre mois, avait dépassé le terme habituel de la grossesse, rendit pendant la nuit une quantité considérable de sang, d'une horrible fétidité. En l'examinant, on introduisit le doigt dans une cavité bien distincte du col de l'utérus, et l'on sentit la tête de l'enfant. Par cette ouverture, on fit sortir pendant plusieurs jours des portions de la tête, puis le fœtus presque entier. L'orifice diminua peu à peu; mais l'on reconnut plus tard qu'il donnait passage à des matières fécales, et qu'ainsi il communiquait avec l'intestin grêle. Malgré cette complication, tout faisait espérer l'occlusion spontanée de la fistule, au moment où l'observation fut publiée.

Je ne pense pas qu'une opération puisse jamais être indiquée dans ces sortes de fistules, de même que dans celles qui sont consécutives à l'ouverture d'un kyste de l'ovaire dans le vagin; car ce serait chercher à oblitérer la seule voie par laquelle puissent s'écouler à l'extérieur les liquides purulents ou autres, sécrétés dans la cavité du kyste; et si celui-ci revient sur lui-même, cesse de sécréter, alors la fistule se fermera sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à une opération.

4° Enfin, il est des fistules désignées sous le nom de *périnéo-vaginales*, qui établissent une communication entre le vagin et l'extérieur, sortes de fistules complètes, dont l'un des orifices est au périnée, l'au-

tre dans le vagin. Elles sont consécutives à un accouchement qui s'est opéré par une déchirure centrale du périnée. Un bon nombre d'observations rassemblées, en grande partie, dans la dernière édition des leçons orales de Dupuytren, montrent de la manière la plus évidente la possibilité de cette déchirure. Dans le plus grand nombre de ces observations, la cicatrisation ne s'est pas fait attendre plus de six semaines ou deux mois; mais il peut arriver aussi qu'il y ait à leur suite une fistule périnéo-vaginale. On trouve dans le journal de Siebold (1828) une observation de ce genre, publiée par Marter : La femme accoucha à travers une rupture cruciale du périnée qui n'intéressait ni le rectum ni la vulve; le placenta, les lochies, et, plus tard, les menstrues, sortirent par cette ouverture, devenue fistuleuse, qui au bout de deux ans n'était pas encore cicatrisée.

Si la rupture centrale du périnée a lieu quelquefois, les fistules périnéo-vaginales sont extrêmement rares, puisque, dans la majorité des cas, la cicatrisation a lieu rapidement; si cependant elle existait, comme chez la malade de Marter, l'on pourrait y remédier par des injections irritantes dans le trajet, par la cautérisation, et par la compression exercée par le vagin, et par le rectum, comme on le fait pour les fistules recto-vaginales; et si tout cela ne suffisait pas, il serait alors indiqué de fendre d'arrière en avant, par une sonde cannelée, tout le trajet fistuleux, et de se conduire, pour le pansement, comme dans les fistules à l'anus.

APPENDICE.

Soins à donner aux malades opérées de fistules vésico-vaginales.

L'opérée devra rester immobile dans son lit, les deux cuisses rapprochées autant que possible l'une de l'autre ; elle sera couchée sur le dos ou sur le ventre, suivant qu'elle supportera l'une ou l'autre de ces positions, et suivant les indications particulières que j'ai discutées.

Une sonde à large calibre sera introduite et fixée dans l'urèthre ; elle sera tenue continuellement ouverte, et son extrémité adaptée à un tube destiné à conduire l'urine dans un vase ou sur des linges ; on peut, dans ce but, se servir du siphon de M. Cloquet. Cette sonde devra être changée tous les trois ou quatre jours, car l'observation démontre que dans ces cas la sonde a une grande tendance à s'incruster de matières salines, ce qui pourrait devenir la cause d'accidents.

La malade boira le moins possible, pour diminuer la sécrétion urinaire, et l'on étanchera la soif par des tranches d'orange ou de citron.

Il faudra éviter les efforts pénibles de défécation ; dans ce but, on entretiendra par de légers minoratifs la liberté du ventre.

Des contre-indications aux opérations de fistules vésico-vaginales.

Parmi les fistules vésico-vaginales, il en est pour lesquelles il serait inutile et pourrait devenir dangereux de pratiquer des opérations : ainsi, lorsque la fistule a été consécutive à un cancer de la cloison vésico-vaginale, il est évident qu'on doit s'abstenir de toute tentative.

Si la perforation a une étendne très-considérable, aucun moyen ne pourrait non plus réussir ; les fistules les plus étendues que l'on ait opérées avaient 18 à 20 lignes ; si on avait affaire à une fistule plus étendue, il vaudrait mieux ne rien faire, puisque l'opération n'aurait aucune chance de succès, et pourrait mettre en danger les jours de la malade.

S'il existe un renversement de la vessie dans la perte de substance, on devra encore s'abstenir de toute opération, car nous ne connaissons pas de moyens propres à réduire, et surtout à maintenir réduite la vessie déplacée, circonstance qui serait indispensable pour la réussite des moyens employés.

Si la malade était épuisée par une autre affection incurable, telle que la phthisie, on ne devrait non plus songer à aucun procédé opératoire.

Si, enfin, la fistule avait amené un épuisement général, il conviendrait de rétablir autant que possible les forces de la malade, avant de songer à aucune

opération; cela serait important surtout, si l'on voulait avoir recours à l'autoplastie.

J'ai précédemment indiqué que, si l'on ne pouvait rétablir la voie de l'urèthre oblitérée, cela constituerait une contre-indication évidente.

C'est dans les cas où l'on ne peut songer à guérir une fistule vésico vaginale que l'on emploie des moyens palliatifs propres à rendre l'infirmité aussi supportable que possible : ces moyens sont les divers tampons, les éponges, les linges souvent renouvelés, et aussi les appareils obturateurs proposés à diverses époques, qu'il n'entre pas dans mon sujet de décrire.